Nr 3—4 (og. zb. 27—28) **Warszawa, grudzień 1938 r. Tom VII**

Gastrologia Polska

Wydawca: Dr I. Grundzach. Redaktor: Dr med. B. Wejnert.

Międzynarodowy Tydzień Przeciwrakowy w Polsce. (23—30 list. rb.)

W ostatnich dziesiątkach lat wśród klęsk społecznych trapiących ludzkość coraz wyraźniej na jedno z pierwszych miejsc wysuwają się nowotwory. Wielka i stale zwiększająca się śmiertelność z powodu raka, jego powszechność, niepewność etiologii, trudności rozpoznawcze we wczesnych okresach i beznadziejność leczenia zaawansowanych przypadków — sprawiły, iż walka z rakiem zajęła poważnie umysły działaczy społecznych.

Powstały w całym świecie cywilizowanym Komitety, Towarzystwa i Związki do walki z rakiem jako klęską społeczną. Większość ich połączyła się przed 4 laty w Międzynarodową Unię do walki z rakiem. Unia ta, zostająca pod przewodnictwem senatora (b. ministra) Godarta i mająca swą stałą siedzibę w Paryżu, przedsięwzięła szereg rozmaitych prac, wśród których ostatnim poczynaniem był rzucony światu projekt urządzenia Międzynarodowego Tygodnia Przeciwrakowego (23—30 listop. rb.).

W ramach tego Tygodnia mieści się też obchód 40-lecia odkrycia radu przez naszą Wielką Rodaczkę Marię Skłodowską-Curie i Jej Męża Piotra oraz uczczenie zasług odkrywcy promieni X — Rentgena.

W odpowiedzi na apel Unii powstał w Polsce „Komitet Organizacyjny Tygodnia Przeciwrakowego w Polsce", w skład którego weszli przedstawiciele towarzystw przeciwrakowych, lekarskich, rentgenol. i społecznych. Komitet ten gorąco sprawą się zajął. *)

My gastro-enterolodzy stoimy znacznie bliżej sprawy nowotworów niż inne specjalności lekarskie. Wszak statystyki stwierdzają, iż 50% wszystkich raków — to raki przewodu pokarmowego!

Toteż Redakcja naszego pisma wita jak najżyczliwiej Międzynarodowy Tydzień Przeciwrakowy w Polsce, a Polskie Towarzystwo Gastrologiczne poświęca swe posiedzenie listopadowe wyłącznie omawianiu spraw, dotyczących nowotworów.

Dr med. Br. Wejnert.

---

*) Skład Komitetu: Prezes: Dr Wejnert (Polski Komitet do zwalcz. raka), vice-prezes Dr Gromadzki (Warsz. Tow. Lekarskie), skarbnik Dr Kukliński (Pol. Tow. Radiol.), członkowie: ks. prał. Choromański (Kuria Metr.), Dr Gądek (Nacz. Izba Lek.), Dr Laskowski (Pol. Związek Przeciwrak.), Dr Łukaszczyk (Instr. Im. Curie), Dr Kaliciński, p. Anna Paszkowska (P. Cz. Krzyż), Dr Szczodrowska (Koło Pań P. K. do zw. raka), Dr Maciejewski — sekretarz.

Leczenie chirurgiczne nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego.

Podał
Jerzy RUTKOWSKI.

Pomimo powstania nowych metod zwalczania nowotworów złośliwych dotychczas jeszcze leczenie chirurgiczne stoi na czele środków walki z rakiem. Dotyczy to w większej jeszcze mierze nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego, niż nowotworów innych okolic i narządów ciała. Przyznajemy się do tego, że sposób ten leczenia daleki jest od doskonałości, gdyż w dużej jeszcze ilości przypadków stanowi niebezpieczeństwo dla chorego, nie zabezpiecza przed powstaniem nawrotu schorzenia i wreszcie jest zabiegiem w mniejszym lub większym stopniu okaleczającym. Ten ostatni wzgląd w olbrzymiej większości przypadków nie gra roli, gdyż można doskonale żyć i czuć się bez części wyciętego żołądka, jelita, woreczka żółciowego i tak dalej, natomiast należy przyznać, że wzgląd ten odgrywa wielką rolę w życiu osobników, operowanych z powodu raka prostnicy, gdzie umiejscowienie guza zmusza najczęściej do usunięcia wraz z nim zwieracza i założenia nieszczelnego odbytu sztucznego na zawsze w tym czy w innym miejscu. Ale jednak i w tych okolicznościach odpowiednie wytresowanie jelit, zaopatrzenie się w zbiornik gumowy ściśle dopasowany stwarza zupełnie znośne warunki egzystencji i pracy chorego i zmienia jego nastrój na początku upadły na dobre samopoczucie.

Zdawałoby się, że jedynie tylko w stosunkowo młodych gałęziach wiedzy lekarskiej, walczących z nowotworami, jak rado-

i rentgenologia możliwe są postęp i doskonalenie metod leczniczych, chirurgia zaś, od wieków walcząca z nowotworami złośliwymi, w walce tej doszła już do szczytu swojej doskonałości, i że dalszy już postęp w tej mierze nie jest możliwy. Tak jednak nie jest. Jak wykazują dane statystyczne, jesteśmy wciąż świadkami stwarzania lepszych warunków dla zniesienia ciężkich nieraz zabiegów operacyjnych i zmniejszenia ryzyka operacyjnego, z drugiej zaś strony pogłębianie naszej wiedzy o szerzeniu się nowotworów wpływa na doskonalenie się techniki operacyjnej, zapewnienie większej doszczętności naszym zabiegom i większe zabezpieczenie przed nawrotami. Doszczętność tę, być może wykaże to przyszłość, zwiększy następowe pooperacyjne a może i przedoperacyjne naświetlanie promieniami Roentgena lub radu. W roku 1875 rak uważany był jeszcze za chorobę nieuleczalną. Chirurg z Giessen Werhner w owym czasie powiedział: „Bez względu na to, czy rak zostanie zoperowany we wczesnym stadium, czy też późnym, nawrót jego jest nieuchronny". Obecnie wiemy, że twierdzenie powyższe było niesłuszne, gdyż uleczalność raka zależy przede wszystkim od okresu, w jakim się znajduje i że na początku swego rozwoju rak jest schorzeniem miejscowym i usunięty doszczętnie powinien dać całkowite wyleczenie. Rzekoma nieuleczalność raka jest to bajka dla nieuświadomionych. Statystyka zbiorowa 17 bawarskich chirurgów z F. König'em i Menningerem na czele przedstawia 600 chorych, znajdujących się przy życiu w 5, 8, 10, 15 do 29 lat po operacji raków sutka, żołądka, jelit, krtani, gardła, szczęk itd.

Według statystyki, chorych na raka, operowanych w latach 1925—1930 w szpitalach w Rochester w Stanach Zjednoczonych A. P. było bez nawrotu po 5 latach od operacji 53,9%—66,7% chorych. Martin na kongresie chirurgicznym w Bostonie w 1934 r. przedstawił statystykę 24.440 operowanych chorych na raka, którzy po 5 latach nie mieli nawrotu. Daje się również zaobserwować stałe polepszenie wyników leczenia operacyjnego. Wernher (1875 r.) uważał, że rak jest chorobą nieuleczalną. Winiwarter (1878 r.) z kliniki Billrotha podawał uleczalność operowanego raka sutka na 9%. W statystykach późniejszych i nam współczesnych odsetek ten znacznie wzrósł, co świadczy o postępie w dziedzinie leczenia operacyjnego. Materiał, zebrany z piśmiennictwa światowego przez Lane-Claypona w roku 1924, przedstawia nam 2.000 przypadków

operowanych raka sutka, 43% których przeżyło 3 lata. Statystyka zbiorowa Frangenheima z roku 1926 podaje ten odsetek już na 64,2%, dane zaś Wintza z roku 1931 podają 76%, a późniejsze Baatza nawet na 80%. Brak wystąpienia wznowy po dłuższej obserwacji po 5 latach oczywiście jest mniejszy i w raku sutka, naprzykład, niezależnie od stadium operowania wynosi według statystyk zbiorowych, około 40%. Jasnym jest, że we wczesnych okresach odsetek ten jest większy i dochodzi do 80% i wyżej, podczas gdy w bardziej zaawansowanych wynosi już tylko 30%, zaś w okresach spóźnionych, właściwie nie nadających się do operacyjnego leczenia, równa się 8,9% (przeżycie do 3 lat).

W nowotworach złośliwych przewodu pokarmowego wyniki leczenia operacyjnego są na razie gorsze od wyżej podanych z łatwo zrozumiałych powodów ukrytego położenia tych nowotworów i późnego zgłaszania się chorych do leczenia w bardziej posuniętych okresach. Z postępem jednak szerszego uświadomienia ogółu i udoskonalenia metod rozpoznawczych ilość chorych na raka przewodu pokarmowego, uleczonych na drodze operacji, wzrośnie.

Rak przełyku.

Spośród wszystkich nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego, leczonych operacyjnie, rak przełyku ze względu na specjalne stosunki anatomiczne daje najgorsze wyniki, a nawet w większości przypadków dotychczas jeszcze nie jest dostępny leczeniu operacyjnemu. W tej dziedzinie więc zachodzą wraz z rozwojem techniki operacyjnej duże możliwości postępu. Z rakiem przełyku spotykamy się stosunkowo często. Wczesne rozpoznanie jego nie powinno natrafiać na większe trudności ze względu na wcześnie występujące objawy zaburzenia w połykaniu. Starszy wiek, płeć męska, charakterystyczne wywiady, badanie rentgenowskie, niekiedy wziernikowanie przełyku, pozwalają na ustalenie przyczyny zaburzeń w połykaniu. Pomimo jednak tych pomyślnych warunków wczesnego rozpoznania raka przełyku, chirurgia na razie jeszcze musi się ze wstydem i żalem przyznać do prawie całkowitej niemocy w walce z tym schorzeniem. Rak usadowiony w części szyjnej przełyku przedstawia pewne szanse doszczętnego wyleczenia operacyjnego. Doszczętność ta, oczywiście, zależna jest od

wciągnięcia w sprawę chorobową sąsiednich narządów, jak krtań, i rozprzestrzenia się nowotworu. Nawet przy przejściu raka z przełyku na drogi oddechowe istnieją możliwości techniczne usunięcia łącznie tych dwuch narządów i wyleczenia chorego. Daleki zasięg nowotworu w dół, w kierunku klatki piersiowej, stwarza już znaczne utrudnienia techniczne. W pomyślnych przypadkach niezbyt posuniętych raków szyjnej części przełyku, stwarzamy sobie dostęp do nich w miejscowym znieczuleniu z cięcia wzdłuż przedniego brzegu lewego mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Po przecięciu mięśnia łopatkowo-podjęzykowego, podwiązaniu tętnicy tarczowej dolnej i odsunięciu ku linii środkowej wyosobnionego lewego płata tarczycy dochodzimy do przełyku, chorą część którego wycinamy w granicach zdrowych. Jeżeli nowotwór jest niewielki, odległość zaś pomiędzy obydwoma kikutami przeciętego przełyku wynosi nie więcej jak 4—5 cm, obydwa te kikuty łączymy ze sobą za pomocą dwupiętrowego, okrężnego szwu, pokrywając szwy, o ile to się okaże możliwym, przez sąsiednie tkanki, a przedewszystkim lewy płat tarczycy. Rany nie zaszywamy doszczętnie, wprowadzając do dolnego jej końca mały pasek przeciwgnilnej gazy, umożliwiający odpływ wydzieliny rannej i zabezpieczający przed szerzeniem się zakażenia z rany na śródpiersie. Ażeby zapewnić choremu odpowiednie odżywianie się i dobre gojenie się rany na przełyku i ażeby uniknąć niebezpieczeństw zakażenia, należy uprzednio na jakie 10—14 dni przed doszczętną operacją na przełyku założyć przetokę żołądkową (gastrostomia).

Inne postępowanie wskazane jest w tych przypadkach, w których odległość pomiędzy obydwoma kikutami wyciętego przełyku jest zbyt duża, ażeby można było połączyć je ze sobą. Wówczas obydwa końce przełyku wszywamy w ranę, odkładając na czas późniejszy operację wytwórczą nowego przełyku. Jest to zabieg bardzo złożony i nie zawsze prowadzący do pożądanego wyniku.

Na niezmiernie duże trudności natyka się chirurg, ważący się na usunięcie nowotworu, umiejscowionego w piersiowej części przełyku. Niezależnie od tej czy innej obranej drogi dotarcia przezopłucnowej czy też pozaopłucnowej, zabieg operacyjny jest bardzo skomplikowany i ciężki. Nieco więcej szans powodzenia daje operacja wykonana na dolnej części przełyku w raku przywpustowym,

najwłaściwszą drogą dotarcia będzie droga poprzez jamę brzuszną. Wyosobnienie dolnej części przełyku poprzez rozwór jego (chiatus oesophageus) w przeponie udaje się na tępo zwykle na dość dużej przestrzeni. Niestety, ważąc się na leczenie operacyjne doszczętne w raku przełyku, nigdy nie wiemy, na jaką głębokość nowotwór nacieka ścianę przełyku, czy przechodzi już na otaczające tkanki, jaka jest jego dolna granica. O tym nie jesteśmy w stanie wywnioskować nawet z dobrego zdjęcia rentgenowskiego. Dotychczas jeszcze doszczętne zabiegi w raku przełyku, ze względu na trudności techniczne i na ciężkość operacji, są wykonywane bardzo rzadko, większych zaś danych statystycznych, z których moglibyśmy wyciągnąć odpowiednie wnioski, na razie nie posiadamy. Mówiąc o operacyjnym leczeniu raka przełyku, należy wspomnieć o próbach Seiferta usunięcia nowotworu za pomocą elektrokoagulacji na drodze wziernikowania przełyku. Spośród trzech operowanych w ten sposób przez Seiferta chorych, dwuch zmarło z powodu powikłań płucnych, jeden jednak wyzdrowiał i jeszcze po 5 latach był przy życiu. Zabieg był wykonywany w miejscowym znieczuleniu.

Trzeba wierzyć, że sprawa doszczętnego leczenia operacyjnego raka przełyku znajdzie wreszcie pomyślne rozwiązanie (leczenie energią promienistą dało nam zawód), będzie to należało jednak do przyszłości, na razie więc powszechnie musimy się zadowalniać zabiegiem łagodzącym (paliatywnym), którym jest przetoka żołądkowa (gastrostomia). Zabieg ten należy wykonać niezbyt późno, nie czekając na prawie całkowite uniedrożnienie przełyku, kiedy chory nie jest w stanie przełykać nawet płynów. U tak wyniszczonego chorego założenie przetoki może być już spóźnionym i nie dać pożądanych wyników odżywienia chorego i przedłużenia mu na czas pewien życia w znośnych warunkach. Przetoki żołądkowe, zakładane w okresie znacznie posuniętego charłactwa nowotworowego, zwłaszcza przy użyciu grubego drenu gumowego i wadliwej technice, są nieszczelne, nie spełniają swego zadania, zwiększając cierpienia chorego. Operujemy w znieczuleniu miejscowym z cięcia przyśrodkowego, biegnącego przez lewy mięsień prosty brzucha. Przetokę zakładamy nieco zmienionym sposobem Kadera. Na początku wolimy zawsze posiłkować się cieńszym drenem gumowym, zamieniając go w razie potrzeby w przyszłości na

dren grubszy. Pokarmy, wlewane poprzez dren do żołądka, powinny zawierać w dostatecznej ilości białka, tłuszcze, węglowodany, witaminy, sole mineralne i dawać łącznie odpowiednią ilość kalorii, niezbędną dla dostatecznego odżywienia chorego. W niektórych przypadkach, kierując się życzeniem samego chorego, możności odżywiania na drodze naturalnej, dopuszczalną jest próba rozszerzania przełyku za pomocą zgłębników. Rozszerzenie to wykonywane w sposób zwykły u chorych bez założonej przetoki żołądkowej jest niebezpieczne i może spowodować przedziurawienie przełyku ze znanymi, groźnymi następstwami. Wykorzystując istnienie uprzednio założonej przetoki żołądkowej, dzięki której możemy posiłkować się przy sondowaniu nitką, jako konduktorem (tak zwane zgłębnikowanie bez końca), zabieg ten czynimy prawie zupełnie bezpiecznym. Jeżeli uda nam się przełyk rozszerzyć do odpowiednich rozmiarów, zapewniamy choremu normalne odżywianie się przez jamę ustną, co ma wielkie znaczenie psychiczne i cielesne dla chorego. Przetoki żołądkowej nie zamykamy, gdyż stanowi ona cenną klapę bezpieczeństwa w razie wystąpienia na nowo niemożności wprowadzenia pokarmu przez przełyk.

Rak żołądka.

Stosunki anatomiczne dla operacyjnego leczenia raka żołądka, jak wiadomo, są o wiele pomyślniejsze, niż dla przełyku. Punkt ciężkości zagadnienia leży we wczesnym rozpoznaniu. Pod tym względem ostatnie czasy wykazują duży postęp. Zawdzięczamy go z jednej strony większemu uświadomieniu szerokich mas lekarzy, którzy już nie są skłonni tak jak dawniej wszelkie dolegliwości żołądkowe kłaść na karb nieżytu jego, zaniedbując przeprowadzenia dokładniejszych badań, z drugiej zaś strony udoskonaleniu badania rentgenowskiego. Posiłkując się nim i korzystając z możności uwidocznienia rzeźby śluzówki (badanie za pomocą małej ilości papki kontrastowej), jesteśmy w stanie wykryć obecność nacieku nowotworowego już we wcześniejszych okresach jego rozwoju. Pomimo to nie zawsze jesteśmy w stanie odróżnić raka żołądka od wrzodu, któremu towarzyszy nacieczenie zapalne ściany żołądka (wrzód modzelowaty). Niekiedy nawet po otwarciu jamy brzusznej, mając żołądek dostępny do bezpośredniego obmacywania, chirurg nie jest w stanie rozstrzygnąć, z jaką z tych dwu spraw ma do czynienia.

Zrobiwszy rozpoznanie raka żołądka, należy rozstrzygnąć, czy danym przypadek jest operacyjny. Z jednej strony zależy to od zmian miejscowych w żołądku, tj. od możliwości technicznych usunięcia żołądka, z drugiej zaś strony od stanu ogólnego chorego, to jest od tego, czy chory posiada dostateczne siły do zniesienia ciężkiego zabiegu operacyjnego, jakim jest wycięcie żołądka. Możliwość doszczętnego usunięcia nowotworu wraz z możliwie dużą częścią żołądka nie zawsze da się przewidzieć przed otwarciem jamy brzusznej. Trudności techniczne zależne są od umiejscowienia nowotworu i stosunku jego do narządów sąsiednich jak wątroba, trzustka, okrężnica. Nieraz łatwiej jest wyciąć żołądek w przypadku dużego ale wolnego guza, niż w przypadku stosunkowo niewielkiego nowotworu, lecz znajdującego się w ścisłym związku, naprzykład, z głową trzustki. Pewne dane co do wyżej wspomnianych możliwości daje nam obraz rentgenowski, informując o usadowieniu guza i jego rozległości, i wynik badania obmacywaniem (ruchomość guza), chociaż bywa tak, że pozornie korzystny wynik tych badań zostaje przekreślony podczas zabiegu operacyjnego stwierdzeniem dużego przerzutu gruczołowego, znajdującego się w obrębie małej krzywizny żołądka w bliskości wpustu. Ogólny stan sił chorego, dopuszczający możliwość wykonania zabiegu operacyjnego, idzie najczęściej w parze ze stopniem rozwoju nowotworu, poza tym zależny on jest od umiejscowienia guza. Im bardziej posunięty jest nowotwór, tym więcej zaznaczone jest charłactwo nowotworowe. Raki, umiejscowione w okolicy odźwiernika, upośledzające drożność jego, prowadzą szybciej do wyniszczenia. Jeżeli z badań naszych wynika, że nowotwór powinien okazać się operacyjny, upadek zaś sił chorego nie jest zbyt znaczny, ciśnienie maksymalne nie niższe od 110—120, nie stwierdzamy dalszych przerzutów (wątroba, gruczoły nadobojczykowe po stronie lewej — tak zwany gruczoł Virchowa-Billrotha, kościec), wówczas dopiero decydujemy się na zabieg operacyjny i dopiero po otwarciu jamy brzusznej będziemy mogli ostatecznie zadecydować, czy zabieg doszczętny da się wykonać. Naturalnie przed przystąpieniem do operacji należy zawsze odpowiednio przygotować chorego, starając się poprawić stan jego krwi w przypadkach większej niedokrewności przetaczaniem krwi, odżywić go, zastrzykując dożylnie cukier gronowy, nawodnić i nasolić, wprowadzając pod skórę lub w postaci

kroplówki rozczyn fizjologiczny soli kuchennej w przypadkach z upośledzonym wchłanianiem płynów (zmniejszenie drożności odźwiernika); z pożytkiem dla chorego można poza tym zastosować mu serię zastrzyknięć tego czy innego preparatu wątroby. Okres przygotowawczy trwa dłużej lub krócej w zależności od potrzeby. Po odpowiednim przygotowaniu przystępujemy do zabiegu operacyjnego, który zasadniczo wykonujemy w znieczuleniu miejscowym. Jesteśmy przeciwnikami narkozy inhalacyjnej (eter), gdyż łatwo może spowodować ona u ciężko chorego szereg powikłań, jak zapalenie płuc, ruchy wymiotne, następcze porażenie żołądka, zwiększające śmiertelność pooperacyjną.

W razie upośledzenia drożności odźwiernika żołądek chorego powinien być przygotowany do operacji parokrotnymi przepłukiwaniami, pokarmy winny być pożywne, płynne i papkowate. Jeżeli drożność żołądka nie jest upośledzona. wystarczy jednorazowe przepłukanie go na kilkanaście lub parę godzin przed zabiegiem. Dodanie niewielkiej ilości jodyny do ostatniej porcji wody, którą płuczemy, ma na celu odkażenie jamy żołądka. Treść żołądka chorego na raka jest zazwyczaj w dużym stopniu zakażona z jednej strony wskutek rozpadu guza nowotworowego, z drugiej zaś wskutek braku kwasu solnego. Biorąc to pod uwagę, wydaje się celowym podawanie choremu przed operacją kwasu solnego z pepsyną.

Część chorych bardziej wrażliwych nie chce słyszeć o wykonaniu zabiegu w znieczuleniu miejscowym i żąda uśpienia ogólnego. Czynimy temu zadość, dodając do znieczulenia miejscowego uśpienie dożylne za pomocą sennarkolu lub zastrzykując chorym przed zabiegiem odurzającą mieszankę skopolaminy z morfiną i eukodalem. Samo uśpienie dożylne bez znieczulenia miejscowego powłok zwykle nie wystarcza. Wycięcia żołądka w przypadkach guzów nowotworowych możemy podzielić na technicznie stosunkowo łatwe i na trudne. Do tych ostatnich zaliczamy przypadki raków przechodzących na sąsiednie narządy lub umiejscowione w pobliżu wpustu lub zajmujące odźwiernik. Przejście na poprzecznicę wymaga częściowego wycięcia jej łącznie z żołądkiem. Najbardziej rozpowszechnionym zabiegiem jest wycięcie żołądka sposobem Rechel-Polya lub Krönlein-Mikulicza. Wskutek osłabionej zdolności do zrastania się zeszytych ze sobą powierzchni chorych

na raka, szew zespalający kikut żołądka z jelitem czczym powinien być co najmniej dwupiętrowy. Szczególnie starannie należy zaopatrzyć kikut dwunastnicy dwu lub trzypiętrowym szwem, który pokrywamy ponadto znajdującym się blisko kawałkiem sieci. Ponieważ drogi limfatyczne żołądka prowadzą również do sieci, w każdym przypadku winna być usunięta i sieć łącznie z żołądkiem. Jeżeli przypadek nie nadaje się do doszczętnej operacji, to w razie upośledzenia drożności odźwiernika wykonujemy, o ile to możliwe, tylne, o ile nie, przednie zespolenie żołądkowo-jelitowe, mające na celu obejście przeszkody i umożliwienie spożytkowania przyjmowanych pokarmów.

Uznanie przypadku za operacyjny lub nie zależy w dużej mierze od osobistego poglądu danego chirurga. Według różnych chirurgów operacyjność raka żołądka waha się w granicach od 25—40% (Seifert). Finsterer uznał za możliwe wykonanie zabiegu operacyjnego u 65% zgłaszających się do niego chorych na raka żołądka.

Co się tyczy śmiertelności pooperacyjnej po wycięciu żołądka, to jest ona różną, naturalnie, w zależności od przypadku. Bezpośrednia śmiertelność wynosi średnio 25—50% (E. Seifert). Ostatnie statystyki (Gatewood, Simon, Schönbauer) wykazują mniejszą śmiertelność, co zależy zapewne od ostatnich postępów w przygotowaniu chorego do zabiegu, bo zaledwie 18%. Finsterer postępuje słusznie, rozróżniając w swojej statystyce przypadki t. zw. prostych, łatwych resekcji, od przypadków powikłanych z przejściem nowotworu na narządy sąsiednie. W tych pierwszych przypadkach śmiertelność pooperacyjna u Finsterera wyniosła 6%, w tych drugich zaś 1%. Równoczesne wycięcie wraz z żołądkiem poprzecznicy zwiększa śmiertelność powyżej 50% (Mann). Operacja łagodząca w postaci zespolenia żołądkowo-jelitowego, a nawet zwykłe otwarcie jamy brzusznej (laparotomia probatoria) również nie jest pozbawione niebezpieczeństw dla chorego. Zespolenie żołądkowo-jelitowe — zależnie od przypadku daje od 12% (Schönbauer, Gatewood) do 44% bezpośredniego zejścia śmiertelnego. Po założeniu przetoki na jelicie czczym (jejunostomia) śmiertelność pooperacyjna jest bardzo wysoka i wynosi 50—70% (Payr). Próbne otwarcie brzucha daje śmiertelność od ½% do 18%. Odsetek śmiertelności

zależy od długości trwania operacji i badań, mających na celu stwierdzenie, czy dany przypadek nadaje się do operacji.

Nawroty po doszczętnej operacji raka żołądka występują najczęściej w miejscu operacji, większość z nich pojawia się w ciągu pierwszego roku od operacji. Statystyki wyleczeń podają liczby różniące się od siebie. Poniżej podajemy średnie dane liczbowe, wynikające z porównań dużych statystyk. Są one następujące.

Po doszczętnej operacji z powodu raka żołądka brak objawów wznowy po 3 latach mamy u 33% operowanych chorych, po 5 latach u 15—20%, po 10 latach u 9—14%. Klinika w Würzburgu (Schuster) wykazuje 19% chorych operowanych na żołądek, którzy w 5—12 lat od zabiegu operacyjnego nie mieli objawów wznowy nowotworu. Zespolenie żołądkowo-jelitowe, jako zabieg łagodzący w raku żołądka, daje przedłużenie życia na 6—8 miesięcy (Birgfeld, Gulecke, Payr).

Mówiąc o nowotworach złośliwych żołądka, należy wspomnieć również o mięsaku (sarcoma ventriculi) i mięsaku limfatycznym (limfosarcoma). Odrębne miejsce zajmuje t. zw. linitis plastica. Mięsak żołądka występuje 50—100 razy rzadziej od raka żołądka. Leczenie polega, tak jak w raku, na wycięciu żołądka, które daje tutaj bezpośrednią śmiertelność około 31% (Hesse). Wyniki lecznicze zależą od postaci nowotworu: mięsaki okrągłokomórkowe, według Konietznego, dają 31% wyleczeń, inne postacie 38%. Dokładniejszych danych statystycznych brak.

Mięsak żołądka, jak również i mięsak limfatyczny zostają rozpoznane najczęściej dopiero po zbadaniu mikroskopowym guza. W obu tych przypadkach (sa globocellulare, limfosarcoma) po zabiegu operacyjnym należy chorych poddać naświetlaniu promieniami Röntgena.

Jak wiadomo istota schorzenia, noszącego nazwę linitis plastica, dotychczas jeszcze nie została ustalona. Podczas gdy do niedawna jeszcze byliśmy skłonni uważać je za schorzenie zapalne, obecnie zapatrywania skłaniają się raczej w stronę nowotworu. Plettner uważa linitis plastica za raka włóknistego (carcinoma fibrosum), Konietzny za rakomięsaka (carcinosarcoma). Linitis plastica stosunkowo często ma dawać przerzuty do jajników (Ganow-Hoesch). Jeżeli zabieg operacyjny technicznie da się wyko-

nać, to powinien być zrobiony. Ze względu na rzadkość cierpienia dane statystyczne, dotyczące śmiertelności i wyleczeń, nie są tutaj znane.

Rak dwunastnicy i jelita cienkiego.

Rak tego odcinka przewodu pokarmowego występuje bardzo rzadko. 74% raków dwunastnicy dotyczy brodawki jej lub znajduje się w bezpośrednim jej sąsiedztwie (Reichel).

Nowotwór zazwyczaj jest niewielki i można go ściśle rozpoznać dopiero po otwarciu dwunastnicy. Leczenie wykonane z powodzeniem przez cały szereg chirurgów (Brütt, Fulde, Hunt i Budd, Walzel) polega na wycięciu ściany dwunastnicy i wszczepieniu do powstałego ubytku wspólnego przewodu żółciowego i trzustkowego. Rozleglejsze nowotwory dwunastnicy wymagają częściowego jej wycięcia. Zabieg operacyjny można rozłożyć na dwa tempa, wykonując najpierw zespolenie woreczka żółciowego z dwunastnicą lub żołądkiem, następnie zaś zabieg doszczętny usunięcia nowotworu. Śmiertelność pooperacyjna jest znaczna i wynosi do 50% (Fulde).

Wyniki odległe nie są znane. Korte może się poszczycić przypadkiem chorego po tego rodzaju operacji, który żyje już 22 lata. W nieoperacyjnych przypadkach raka dwunastnicy, którym towarzyszy żółtaczka, wchodzi w grę jako zabieg łagodzący zespolenie pęcherzyka żółciowego z żołądkiem względnie z górną pętlą jelita czczego.

Mięsak dwunastnicy jest jeszcze rzadszy. Leczenie — podobne jak wyżej.

Rak jelita cienkiego należy również do niezmiernych rzadkości. Częściej spotykamy się tutaj z mięsakiem. Przeszło dwie trzecie przypadków dotyczy krezki jelita. Tym nie mniej i te ostatnie przypadki wymagają leczenia operacyjnego, polegającego na wycięciu jelita, łącznie z zajętą przez nowotwór krezką. Śmiertelność pooperacyjna jest tu duża i wynosi około 50%. Wyniki leczenia operacyjnego nowotworów złośliwych jelita cienkiego, zwłaszcza mięsaków, nie są złe.

Schönbauer z kliniki Eiselsberga podaje odsetek wyleczeń powyżej 5 lat na 18%.

Rak okrężnicy.

Rak okrężnicy daje w porównaniu z innymi odcinkami przewodu pokarmowego stosunkowo małą śmiertelność operacyjną i duży odsetek trwałych wyleczeń. Naturalnie, jedno jak i drugie zależy z jednej strony od tego, w jakim stanie chorego operujemy (stan drożności jelit), i od stopnia rozwoju nowotworu. Różne odcinki jelita grubego wykazują rozmaitą śmiertelność pooperacyjną i skłonność do wznowy. Pomimo możności dość wczesnego rozpoznania raka okrężnicy przy uważnym i dokładnym badaniu (wywiady, obmacywanie, badanie rentgenowskie), odsetek przypadków nadających się do doszczętnego zabiegu operacyjnego jest niewielki, gdyż spośród zgłaszających się do nas chorych 40—60% przypadków musimy uznać za nie nadające się do doszczętnego zabiegu operacyjnego (Jacobson, Kauffmann, Koch, Kressin, Nordmann, Reichel).

Przygotowanie do zabiegu operacyjnego ogólne i miejscowe powinno być bardzo staranne. Specjalną uwagę należy zwrócić na oczyszczenie przewodu pokarmowego. W ciągu 2 dni podajemy choremu środek przeczyszczający przy normalnym odżywianiu, w trzecim dniu przygotowań środka czyszczącego nie podajemy, przechodząc na dietę płynną i półstałą, wieczorem zaś w przeddzień operacji płóczemy dokładnie kiszkę grubą za pomocą wysokiej lawatywy (Hegar).

Co do postępowania pooperacyjnego, to w ostatnich czasach zaszła pewna zmiana poglądu: o ile dawniej dążono do unieruchomienia kiszek przez podawanie w okresie pooperacyjnym opium, obecnie, obawiając się zagęszczenia kału mogącego wpłynąć ujemnie na miejsce szwów, dążymy raczej do wywołania wcześniejszych i częstszych wypróżnień w postaci bardziej płynnej. Ażeby to osiągnąć, niektórzy chirurdzy już w ciągu pierwszych dni podają chorym środki czyszczące, jak małe ilości oleju rącznikowego lub parafiny. Naszym zdaniem, należy zająć stanowisko pośrednie, postępując tak, jak po każdej laparotomii, a mianowicie nie podając ani środków zatrzymujących wypróżnienie, ani też czyszczących.

Możliwość zakażenia jamy otrzewnowej podczas zabiegu operacyjnego treścią jelita jest tu mniejsza, niż w operowaniu na jelicie cienkim z treścią płynną. Gorsze jednak są tu warunki gojenia się

szwów zespoleniowych ze względu na cieńszą ścianę i istnienie licznych przydatków tłuszczowych, utrudniających dokładne zeszycie ze sobą brzegów rany na jelicie. Operacja doszczętna w raku jelita grubego polega na mniej lub więcej rozległej resekcji jego.

Typ zabiegu przedstawia się odmiennie po prawej i po lewej stronie okrężnicy. W raku prawej połowy okrężnicy wykonujemy typowy zabieg, noszący nazwę hemicolectomia dextra. Polega on na wycięciu, po odpowiednim uruchomieniu, wraz z krezką końcowego odcinka jelita biodrowego na przestrzeni około 20 cm, kątnicy, wstępnicy i prawej połowy okrężnicy. Długość wyciętego jelita biodrowego zależy od rozległości zajęcia przez gruczoły jego krezki. Po dokonaniu tak rozległej resekcji, niezbędnej w każdym przypadku raka, umiejscowionego w obrębie bądź to kątnicy, wstępnicy lub zagięcia wątrobowego okrężnicy, przystępujemy do przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego za pomocą zespolenia jelita biodrowego z pozostałą częścią poprzecznicy (ileo-transversostomia). Mamy tutaj do wyboru parę sposobów. Za najlepszy uważamy sposób, polegający na założeniu zespolenia bocznego po uprzednim zamknięciu na głucho kikutów jelita biodrowego i poprzecznicy. Zespolenie powinno posiadać nie mniej, jak 2 piętra.

Jak już wspomnieliśmy, przydatki tłuszczowe w obrębie jelita grubego mogą stanowić przeszkodę w dokładności szwów. Powszechnie przyjętym jest usuwanie tych przydatków po uprzednim podwiązaniu ich podstawy.

Jak wykazały badania A. W. Fischera, zbyt niskie założenie nitki u podstawy przydatka tłuszczowego może spowodować obumarcie ściany jelita przez podwiązanie pętli naczyniowej, znajdującej się w samej podstawie przydatka. Powszechnie przyjęto wykonywać resekcję prawej połowy okrężnicy na jednym posiedzeniu. Różnica zdań co do postępowania zachodzi tylko w przypadkach operowanych w okresie ostrej niedrożności.

Jednakże i tutaj skłaniamy się raczej do operowania jednoczasowego, które już podczas samej operacji po otworzeniu oddzielonego i zwisającego ze stołu operacyjnego jelita daje natychmiastowe odbarczenie i odtrucie chorego w sensie wylania się zawartości nazewnątrz do podstawionego kubła (Z. Radliński). W raku lewej połowy okrężnicy wykonujemy mniej rozległe wycięcie i zespalamy ze sobą jelito grube z grubym.

W przypadkach raka lewej połowy okrężnicy postępowanie nasze nie zawsze jest jednakowe. Przede wszystkim nigdy lub prawie nigdy nie wykonujemy zabiegu doszczętnego w okresie ostrej niedrożności. W tych przypadkach poprzestajemy na założeniu na razie przetoki kałowej, najczęściej w typowym miejscu, to jest na kątnicy (coecostomia), rzadziej na poprzecznicy, i dopiero w czas jakiś (około 2 tygodni) po zupełnym odtruciu chorego, przystępujemy do usunięcia chorej kiszki. Dotychczas jeszcze w przypadkach cięższych i u chorych w starszym wieku znajduje zastosowanie sposób wieloczasowego usunięcia jelita, podany przez Mikulicza. Sposób ten polega najpierw na wyłonieniu uwolnionej chorej pętli kiszki nazewnątrz jamy brzusznej (antepositio) z zeszyciem ze sobą ramion, stanowiących podstawę tej pętli, na odcięciu jej lepiej wcześniejszym, niż późniejszym, w ten sposób powstaje dwulufowy odbyt sztuczny, na zamianie odbytu sztucznego na przetokę kałową po zmiażdżeniu jego ostrogi (kentrotripsia), wreszcie na operacji wytwórczej zamknięcia przetoki kałowej, która to operacja zakańcza leczenie.

Wyżej opisany sposób wieloczasowego wycięcia kiszki trwa długo (około pół roku), jest jednak bardziej bezpieczny od zabiegu jednoczasowego.

Zajmijmy się obecnie śmiertelnością pooperacyjną w zależności od rozmaitych okoliczności. Operacje raka okrężnicy w okresie niedrożności dla prawej połowy daje śmiertelność, wynoszącą 21%, dla lewej 50% (Reichel).

Jednoczasowe operowanie lewej połowy okrężnicy nawet w okresie drożności daje 50% śmiertelności, wieloczasowe bez uprzedniej niedrożności 23% (Küttner).

Śmiertelność operacyjna wynosi średnio 25% (17—30%), z czego na kątnicę wypada 31%, na wstępnicę 50%, poprzecznicę 27%, zstępnicę 23%, zagięcie wątrobowe 14%, śledzionowe 60%, esicę 41% (Reichel). Söderlund podaje śmiertelność dla prawej połowy okrężnicy 18%, dla poprzecznicy i lewej połowy okrężnicy 28%. Należy podkreślić, że obecnie ogólna śmiertelność pooperacyjna w raku okrężnicy obniżyła się do 17% w porównaniu z dawną, wynoszą 30% (Crafoord 35%, Körte 29%, Nordmann 30%, Brunner i Koch 17%).

Również obserwujemy zmniejszenie się śmiertelności poope-

racyjnej w zabiegu założenia przetoki kałowej, względnie sztucznego odbytu. Śmiertelność ta obniżyła się z 44% (Raiford) i 30% (Körte) na 19% (Porges) i 20% (Klinika chirurgiczna w Würzburgu). Wykonywanie zabiegu w okresie ostrej niedrożności daje cyfry większe (36% — Würzburg, 68% — Porges).

Wyniki lecznicze po doszczętnej operacji raka okrężnicy, jak już wspomnieliśmy wyżej, nie są złe. Średnie dane oparte na zbiorowych statystykach wykazują po 5 latach 48% wyleczeń, po 10 latach 31%. Według danych Paussa, po jednym roku od operacji nie wykazywało objawów nawrotu 87% chorych, po trzech latach 65%, po 5 latach 48%, po 10 latach 31%. Finsterer podaje podobne wyniki. Spośród chorych Kauffmanna po 4 latach połowa z nich nie dawała objawów nawrotu. U Simona po 5 latach 37% było wyleczonych, u Kocha 57%, u Finsterera 41%. Z powyższych danych widzimy, że rak jelita grubego w porównaniu z rakiem innych odcinków przewodu pokarmowego daje stosunkowo dobre rokowanie.

Operacja łagodząca (przetoka lub odbyt sztuczny) daje średnio przeżycie do 10 miesięcy (Kressin).

Rak prostnicy.

Również w raku prostnicy jedynie zabieg operacyjny daje szanse trwałego wyleczenia. Sedno sprawy leży, naturalnie, we wczesnym rozpoznaniu. Niestety, jak wiemy, sprawa ta pozostawia dotychczas jeszcze dużo do życzenia. Jeżeli pominiemy lekkomyślność i niedbałość o siebie samych chorych, to dużą jeszcze część winy ponoszą tutaj lekarze, zaniedbując badania chorego palcem przez odbytnicę, które powinno być wykonane w każdym przypadku dolegliwości ze strony odbytnicy (krawienia, objawy nieżytu).

Okazuje się, że powyższe zaniedbania nie stoją w stosunku prostym do poziomu kulturalnego danego kraju, gdyż spotykamy się z nim również w bardziej oświeconych państwach, jak na przykład Anglia i Niemcy. Saurebruch spośród zgłoszonych do niego chorych z rakiem odbytnicy zaledwie u 28% uznał za możliwe wykonanie doszczętnej operacji. Inni chirurdzy podają wyższe cyfry. Tak np. Clairmont uznał za nadających się do operacji 60% chorych, Passler 44%, Heidemann 47%, Westhues i Papp 57%. Najwyższy odsetek chorych nadających się do doszczętnej operacji podaje Finsterer, bo aż 85%. Przytoczone liczby dlatego różnią się tak

znacznie od siebie, ponieważ nie ma jednolitego poglądu na operacyjność danego przypadku, który możemy rozmaicie oceniać. Tutaj bierzemy pod uwagę z jednej strony miejscowe zachowanie się guza, jego rozprzestrzenienie się i stosunek do otoczenia, z drugiej zaś strony ogólny stan chorego. Podczas gdy jeden chirurg stwierdzone klinicznie przejście, np. na gruczoł krokowy, uważa za przeciwwskazanie do zabiegu operacyjnego, inny chirurg operuje taki przypadek z powodzeniem. W wielu też razach podupadły stan chorego udaje się podnieść za pomocą odpowiedniego postępowania i w ten sposób przeszkoda do wykonania zabiegu doszczętnego zostaje usunięta. Dołączenie się komponentu zapalnego do sprawy nowotworowej powoduje rzekome zwiększenie się nowotworu i ograniczenie jego ruchomości, wpływając niesłusznie na ocenę operacyjności danego przypadku. Po zastosowaniu odpowiedniego postępowania objawy zapalenia cofają się (przeczyszczenie chorego, płókania, założenie odbytu sztucznego, naświetlania przedoperacyjne), i guz staje sią operacyjny. W przypadkach, dających objawy ze strony pęcherza moczowego (częste parcia na mocz, krew w moczu), należy wykonać wziernikowanie pęcherza. W razie przejścia sprawy nowotworowej na pęcherz operacja doszczętna jest przeciwwskazana. Naturalnie, przeciwwskazaniem do wykonania wycięcia nowotworu będzie również stwierdzenie odległych przerzutów. Przerzuty najbliższe w gruczołach okolicznych nie stanowią przeciwwskazania, zresztą, możemy je wykryć dopiero podczas samego zabiegu operacyjnego, gdyż, jak wiadomo, szerzą się one w tkance zaodbytniczej i w krezce końcowego odcinka jelita grubego. Raki odbytu, z którymi spotykamy się znacznie rzadziej, mają inne drogi szerzenia się przerzutów. Jako I-szy etap zostają w nich zajęte gruczoły pachwinowe, a potym gruczoły biegnące wzdłuż wielkich naczyń brzusznych (żyły biodrowej i tętnicy głównej). Duży nacisk kładziemy na odpowiednie przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego. Przygotowanie ogólne jest podobne, jak w nowotworach złośliwych innych odcinków przewodu pokarmowego. Przygotowanie specjalne polega na dokładnym trwającym parę dni przeczyszczeniu chorego i przepłókaniu jelita grubego w przeddzień operacji. Po zabiegu operacyjnym chorego trzymamy dłużej lub krócej na diecie płynno-papkowej i podajemy nalewkę makowca. Długość tego okresu zależy od wyboru metody opera-

cyjnej. Pod tym względem istnieje szereg możliwości. Podzielimy je na zasadnicze dwie grupy: usunięcie guza nowotworowego od strony krocza (z wycięciem lub bez wycięcia kości ogonowej i części kości krzyżowej) lub zastosowanie metody kombinowanej brzuszno-kroczowej, wykonanej jedno- lub dwuczasowo. W niektórych przypadkach istnieje możliwość zachowania zwieracza i powrót do stanu zbliżonego do normalnego, w innych zaś, należą one do większości, zwieracz musi być wycięty, chory zaś otrzymuje odbyt sztuczny nie trzymający, w okolicy kości krzyżowej (anus sacralis), bądź odbyt ponad lewym talerzem biodrowym (anus abdominalis s. iliacus). W tym ostatnim przypadku, dzięki odpowiedniemu wytresowaniu jelit, uregulowaniu wypróżnień przez dietę i zastosowaniu dobrze dopasowanego zbiornika, los chorych nie jest zły, samopoczucie zczasem staje się zupełnie dobre. Odbyt sztuczny brzuszny w porównaniu z odbytem krzyżowym jest lepszy, ponieważ pozwala na samodzielną dokładną toaletę, nie sprawia dolegliwości, daje możność szczelnego dopasowania gumowego zbiornika. Odbyt krzyżowy daje w wielu przypadkach bóle podczas siedzenia, zbiornik w tym miejscu nie da się ściśle dopasować. Jedyną „zaletą" odbytu krzyżowego jest to, że znajduje się on w okolicy przeznaczonej dla odbytu normalnego (znaczenie psychiczne).

Dotychczas jeszcze większość chirurgów nie może się zdecydować na ostateczny wybór metody operacyjnej w raku odbytnicy. Przed laty kilkunastu tak zwana operacja brzuszno-krzyżowa (op. abdomino-sacralis) została zarzucona ze względu na bardzo dużą śmiertelność. Stosowano prawie wyłącznie drogę krzyżową (op. sacralis), związaną z nazwiskiem chirurga Kraske'go. Zabieg ten w ostatnich czasach został udoskonalony (Goetze) zyskał uzasadnienie anatomiczne (Schmieden, Westhues), dzięki czemu stał się on bardziej radykalny. Należy podkreślić, że typ zabiegu, pod którego podwaliny położyli chirurdzy niemieccy (Goetze, Schmieden, Westhues), operowania w warstwie pomiędzy powięzią miedniczną ścienną (fascia pelvis parietalis) i trzewną (fascia pelvis visceralis) był już przedtym, bo od 18 lat, stosowany na klinice prof. Z. Radlińskiego. Przy zabiegu tym, trzymając się tuż przy kości krzyżowej, odwarstwiamy od niej tkanki aż do wzgórka miednicy. W ten sposób usuwamy doszczętnie tkankę okołoodbytniczą pokry-

tą blaszką trzewną powięzi miednicznej, mogącą zawierać zasiewy nowotworowe. Blaszka ścienna jest złączona ściśle z kością i pozostaje na niej. Jeżeli nowotwór jest usadowiony nisko, wówczas rezygnujemy z zachowania zwieracza. Chcąc kiszkę przeciąć możliwie wysoko, musimy po podwiązaniu naczyń odbytniczych (arteriae haemorrhoidales) otworzyć jamę Douglasa. Dopiero po przecięciu otrzewnej i założeniu szeregu podwiązek udaje się dostatecznie nisko wyciągnąć brzuszny odcinek kiszki (esicy).

Po akcie tym następuje zamknięcie jamy Douglasa przez przyszycie otrzewnej do esicy. Jeżeli zwieracz został poświęcony, po odcięciu kiszki wszczepiamy jej koniec do górnego kąta rany. Pozostałą jamę tamponujemy gazą. Jeżeli zwieracz można było zachować, przeprowadzamy przez niego, uprzednio wyciąwszy śluzówkę z kanału odbytu jak przy operacji Whiteheade, albo zaraz lub też odkładamy to na później (w 6—12 miesięcy po dokonaniu doszczętnego zabiegu) wszczepiając na razie kikut kiszki do rany. Według badań Westhues'a rak odbytnicy i jego przerzuty szerzą się głównie ku górze i zazwyczaj w odległości około 10—12 cm ponad guzem zasiewów nowotworowych już nie ma. Stąd płyną wskazania do możliwie wysokiej amputacji odbytnicy w raku. Jeżeli nowotwór znajduje się nisko w odległości mniejszej, jak 5 cm od odbytu, należy usunąć odbytnicę łącznie ze zwieraczem. Jeżeli nowotwór usadowiony jest wyżej jak 5 cm ponad odbytem, odbytnicę odcinamy tuż ponad zwieraczem zachowując go celem wykorzystania dla nowego odbytu szczelnego. Zabieg wycięcia (resectio) nie odcięcia (amputatio) odbytnicy stosowany jest w odpowiednich przypadkach rzadziej ze względu na trudności w dobrym zespoleniu ze sobą odcinków kiszki po usunięciu nowotworu.

Obecnie jesteśmy świadkami powrotu do zaniechanej nie tak dawno operacji brzuszno-kroczowej. Dzięki lepszemu przygotowaniu chorych i wydoskonaleniu techniki nie jest już ona tak ciężkim zabiegiem jak dawniej i daje znacznie mniejszą śmiertelność niż przed kilkunastu laty. Operacja kombinowana brzuszno-kroczowa jest doszczętniejsza od kroczowej. Daje się zauważyć dażenie do stałego ulepszania powyższej metody. Ostatnio została zaproponowana nowa jej odmiana przez chirurga z Lozanny, profesora Deckera. Składa się ona z trzech aktów operacyjnych. Decker najpierw idzie od strony krocza, gdzie po odcięciu kości ogonowej

łącznie z jednym cm kości krzyżowej wyosabnia jak można najwyżej jelito i pozostawia w ranie tampon. Bezpośrednio potym następuje operacja brzuszna z cięcia pośrodkowego pod pępkiem. Po uruchomieniu esicy, podwiązaniu jej naczyń i przecięciu krezki, chirurg palcami oddziela kiszkę, łącznie z przylegającymi tkankami od tyłu od ściany miednicy małej, idąc na spotkanie wprowadzonego od dołu tamponu. Po oddzieleniu kiszki dookoła (przecięciu fałdu Douglasa) i założeniu odpowiednich zacisków na kiszkę, przecinamy ją. Wówczas jeden z asystentów przy silnie zgiętych udach dostaje się do rany na kroczu, usuwa tampon i za pomocą odpowiednich szczypczyków chwyta koniec górny dolnego odcinka przeciętej kiszki, wprowadzając go do rany kroczowej.

Jeżeli wyrzekamy się zachowania zwieracza, wówczas odbudowywuje jamę Douglasa, zeszywając ranę w otrzewnej miednicznej. Kikut kiszki wszczepiamy do specjalnego otworu ponad lewym talerzem biodrowym, jamę brzuszną zaszywamy doszczętnie. W przypadkach w których zwieracz można zachować, kikut esicy wprowadzamy do jamy rany kroczowej. Następuje trzeci akt operacji. Chorego znów układamy na prawym boku, usuwamy odcięty koniec jelita wraz z guzem, ranę dokładnie tamponujemy. Jeżeli zwieracz można zachować przeprowadzamy przez niego wciągniętą do rany esicę w sposób, który został opisany wyżej, lub narazie wszczepiamy ją tylko do rany kroczowej. Powszechnie przyjęta operacja brzuszno-kroczowa składa się tylko z dwóch aktów. Najpierw brzusznego, potym zaś kroczowego.

Śmiertelność operacyjna w raku odbytnicy w ostatnich czasach znacznie spadła. Podczas kiedy dawniej notowano średnio 58% śmiertelności, obecnie wynosi ona nie więcej, jak 18%. Jeżeli operację brzuszno-krzyżową wykonać na dwa tempa, jak to robi Gulecke (najpierw założenie odbytu sztucznego biodrowego; potym w 6—8 tygodni usunięcie doszczętne chorej kiszki), wówczas śmiertelność operacyjna spada do 6% (Gulecke). Według Küttnera śmiertelność pooperacyjna po operacji brzuszno-krzyżowej w ciągu ostatnich lat spadła z 67% na 30%, na klinice Kirschnera z 35% na 25% (Passler). Jones wykazuje bardzo małą śmiertelność przy jednoczasowej operacji brzuszno-krzyżowej bo zaledwie 11%. W przeciwieństwie do tego u Mandla wynosi ona 53%. Odcięcie odbytnicy na drodze krzyżowej według Küttnera daje 18% śmier-

telności, według Golda 87%, Mandla — 11%. Wycięcie (nie odcięcie) kiszki grzbietowe daje większą śmiertelność, bo od 85% (Küttner) do 48% (Mandl). U Finsterera przy zastosowaniu wyłącznie krzyżowej operacji śmiertelność wyniosła 14%, krzyżowo-brzusznej 22%.

Założenie odbytu sztucznego, jako zabiegu łagodzącego w przypadkach raka odbytnicy nie nadających się do doszczętnych operacji, daje średnio 12—14% śmiertelności. Odbyt sztuczny, założony w okresie ostrej niedrożności daje według Mandla 44% śmiertelności, poza tym okresem 11%. Wyniki lecznicze są zależne od okresu, w jakim chory poddał się operacji i od zastosowanej metody operacyjnej. Niestety większość statystyk nie uwzględnia tych okoliczności. Z ogłoszonych statystyk wynika, że w trzy lata po operacji co najmniej jedna trzecia chorych, a nawet w większości połowa nie przedstawia objawów wznowy, po 5 latach według Mandla 25%, Heydemana 32%, według Küttnera 32%, Guleckego 40%. Po 8 latach odsetek ten spada według Guleckego do 30%, według Küttnera do 24%. Jones u 153 swoich chorych operowanych jednoczasowo za pomocą metody brzuszno-krzyżowej miał 52% wyleczeń po 5 latach.

Rak wątroby.

Rak pierwotny wątroby występuje nadzwyczaj rzadko. Stosunek jego do raka wtórnego wątroby jest jak 1 do 60 (Heller). Rak wtórny w wyjątkowych tylko przypadkach daje wskazania do leczenia operacyjnego. Operowanie na wątrobie przedstawia niebezpieczeństwo ze względu na krwawienie. Rak w obrębie pęcherzyka żółciowego, o ile nie przechodzi na otoczenie, daje więcej szans na przetrzymanie zabiegu operacyjnego i wyleczenie.

Usunięcie woreczka żółciowego łącznie z częścią wątroby daje bardzo wysoką śmiertelność (80% — Brutt) zaś bardzo małe szanse wyleczenia (4—5%, Brutt-Finsterer). Większe znaczenie niż operowanie rozwiniętego już nowotworu ma zapobieganie w sensie leczenia operacyjnego kamicy żółciowej, która jak wiemy stwarza pomyślne podłoże dla rozwoju raka. Operacje na drogach żółciowych (ductus hepaticus, ductus choledochus) należą do bardzo trudnych zabiegów, dających wysoką śmiertelność (50%).

Rak trzustki.

Rozpoznanie raka trzustki jest rzeczą trudną. Niejednokrotnie mylimy się w sensie szczęśliwym dla chorego, rozpoznając raka głowy trzustki na zasadzie wymacywania, żółtaczki i innych objawów, nawet zabieg operacyjny nie wyprowadza nas z błędu. Dopiero dalszy przebieg kliniczny (szybka i długotrwała poprawa po założeniu zespolenia woreczka żółciowego z żołądkiem lub dwunastnicą), wyprowadza nas z błędu. Śmiertelność pooperacyjna w raku trzustki jest bardzo duża i wynosi według Gulecke na zasadzie wszechświatowego piśmiennictwa 50%. Körte, który próbował wyłuszczyć wyłącznie guz z miąższu trzustki (postępowanie nieradykalne), na 16-u operowanych w ten sposób chorych stracił bezpośrednio po operacji 10. Doszczętne operowanie połączone z wycięciem części trzustki staje się zabiegiem bardzo skomplikowanym i groźnym dla życia. Stosunkowo mniej niebezpiecznym jest wycięcie ogona trzustki.

Znany jest przypadek Gordona pomyślnego wycięcia ogona trzustki, gdzie pacjent żył jeszcze 7 lat po zabiegu. Poza tym zostały ogłoszone jeszcze 3 inne przypadki udane. Najczęściej jednak w obecnym stanie rzeczy w raku trzustki ograniczamy się do wykonywania tych czy innych zabiegów łagodzących w zależności od wskazań (połączenie dróg żółciowych z przewodem pokarmowym w żółtaczce, zespolenie żołądkowo-jelitowe w upośledzeniu drożności dwunastnicy). Nadzwyczaj silne bóle nadbrzusza mogą dać wskazanie do przecięcia dróg czuciowych, biegnących w rdzeniu (chordotomia).

Leczenie Radem Nowotworów Złośliwych Przewodu Pokarmowego.

Podał
Dr Mieczysław FLOKSZTRUMPF
Kierownik Zakł. Leczenia Radem przy Polskim Komitecie do Zwalczania Raka.

Leczenie nowotworów złośliwych stoi w ścisłej łączności z okresami zdobyczy wiedzy lekarskiej. Od czasów Hippokratesa, Celsjusza i Gallena, czyli od V-go stulecia przed Nar. Chryst. aż do końca XVIII-go stulecia terapia raków była oparta głównie na wiadomościach z anatomii i ograniczała się do operacyjnego usunięcia łatwo dostępnych nowotworów, oraz przyżegania rozpalonym żelazem. Wprawdzie zastosowanie hemostazy przez Paré w XVI-tym stuleciu znacznie rozszerzyło zasięg rękoczynów chirurgicznych, jednakże ryzyko operacyjne było ogromne.

W końcu XVIII-go stulecia Bichat i Laënnec stworzyli makroskopową anatomię patologiczną, która dała pierwsze podstawy klasyfikacji nowotworów. Dzięki skonstruowaniu mikroskopu w pierwszej połowie XIX-go stulecia Collard, Johannes Müller, Virchov, Remack tworzą histologię i histopatologie.

Jednakże dopiero druga połowa XIX-go stulecia dzięki Pasteur'owi stwarza dla chirurgii raka zupełnie nowy okres rozkwitu. Prace Listera o antyseptyce i rozwój aseptyki pozwalają chirurgom tej miary co Kocher, Halsted, Pean, Doyen, Wertheim, Jonnesco wprowadzić cały szereg klasycznych metod operacyjnych raka. Koniec tegoż stulecia przysparza lecznictwu nowotworów złośliwych ogromne zdobycze z dziedziny fizykalnej, a więc promienie Rentgena i rad wynaleziony przez Marię Skłodowską-Curie i Piotra Curie. Jedno i drugie zostało wynalezione w 1898 r.

Już pierwsze próby leczniczego zastosowania radu przez Danlos'a w 1904 r. w przypadkach raków skóry wykazały jego własności terapeutyczne.

Od r. 1910 leczenie radem w onkologii znajduje coraz szersze zastosowanie. Dominici był pierwszy, który wykazał konieczność filtrowania i stosowania leczniczo tylko twardych promieni. Béclère, Wickham, Bergonié i Tribondeau opracowali pierwsze zasady współczesnej radobiologii, tak wspaniale później rozwiniętej przez Régaud, Laeassagne'a, de Nabiasa.

Pierwsze lata po wojnie europejskiej cechuje znaczny rozwój leczenia radem. Chirurgiczne leczenie raka dzięki pracom małżonków Curie otrzymuje poważny cios (Ducuing). Entuzjazm dla radu był tak wielki, że omal nie pogrzebano całej sprawy. Chciano bezkrytycznie leczyć radem wszystkie raki. Dopiero po paru latach rozpoczyna się okres ściślejszej współpracy radologów z chirurgami. Wskazania do tej lub innej metody są coraz bardziej ściśle. A więc jedne nowotwory złośliwe nadają się do leczenie fizykalnego, inne chirurgicznego, niektóre są miejscowo leczone radem, a przerzuty do okolicznych gruczołów operowane (radochirurgia).

Odległe wyniki lecznicze w znacznym stopniu zależne są od dokładnego opanowania tej lub innej metody. Np. w pierwszym okresie rozwoju raka szyjki macicy chirurg i radolog mają jednakową odsetkę trwałych wyleczeń pod warunkiem, że obaj jednakowo dobrze panują nad stosowaną przez nich metodą leczniczą. Jednakże zasięg działania radu jest znacznie szerszy, niż rękoczynu chirurgicznego.

W jakim kierunku pójdzie terapia raków w najbliższych latach, trudno przewidzieć. Należy jednakże przypuszczać, że, wobec bardzo już rozbudowanej techniki operacyjnej, najbliższa przyszłość znacznie rozwinie stosowanie radu, tym bardziej, że nasze wiadomości z dziedziny radobiologii i radofizjologii stale się wzbogacają.

Wymienione 3 metody leczenia raków (rad, nóż, Rentgen) stanowią arsenał tak zw. klasycznych środków leczniczych współczesnej onkologii. Celowość ich nie może być dyskutowana.

Badania biologiczne komórki rakowej, czynników rakotwórczych, oraz badania nad zmianami ogólnymi w ustroju ludzi i zwierząt chorych na raka stworzyły pierwsze podstawy chemo- i orga-

noterapii oraz profilaktykę raka. Wprawdzie metody te nie spełniły dotąd nadziei pokładanych w nich — wyniki otrzymane na tej drodze nie mogą iść w parze z rezultatami leczenia chirurgicznego i fizykalnego. Jeżeli jednak spośród chorych nieuleczalnych daje się na tej drodze choćby część przywrócić do stanu względnego zdrowia, to wydaje nam się za wskazane robienie dalszych prób terapeutycznych w tym kierunku.

Przy omawianiu leczenia radem raków przewodu pokarmowego wysuwa się na czoło zagadnienie, dlaczego rak jednego narządu jest bardziej czuły na działanie promieni niż rak drugiego. Nie odgrywa tutaj roli ilość promieni otrzymanych przez dany narząd, gdyż dzisiejszy rozwój techniki leczenia radem zezwala na przenikanie w głąb bez poważniejszego uszkodzenia skóry dostatecznej ilości niezbędnych promieni gamma.

Wszystkie komórki tkanek są czułe na działanie radu — żadne żyjące stworzenie nie może się oprzeć dostatecznie silnemu i długiemu napromienianiu. Leczenie radem oparte jest na zależności, jaka istnieje między promienioczułością nowotworu złośliwego i jego zdolnościami rozrodczymi (Perthes), oraz na wykorzystaniu różnicy pomiędzy promienioczułością jego i otaczających zdrowych tkanek. Dawka napromieniania w świetle fizykalnym zależna jest od ilości radu i od czasu napromieniania. Inaczej przedstawia się ona z punktu biologicznego. Jeżeli aparat radowy zawiera np. 100 mlgr RaE. i będzie działał w ciągu 1 godziny — to ilość energii zużytej określimy jako 100 mlgr godzin, lub 0,75 m. c. d. Tę samą energię otrzymamy przy napromienianiu aparatem zawierającym 10 mlg RaE. w ciągu 10 godzin. Działanie jednakże na nowotwór złośliwy będzie daleko silniejsze przy stosowaniu drugiego aparatu. Tłumaczy się to tym, że dłuższy okres napromieniania ma większe możliwości zniszczenia komórek w okresie ich największej promienioczułości, to jest podczas karjokinezy, względnie w okresie ich młodości; pozostałe zaś komórki nie zostają napromienianiem dotknięte.

Z powyższego widzimy, że te nowotwory, które zawierają dużą ilość komórek, znajdujących się w stanie karjokinezy, są najbardziej czułe na działanie promieni twardych radu.

Raki, wychodzące z nabłonka płaskiego, są bardziej czułe na

działanie promieni, niż raki, wychodzące z nabłonka cylindrycznego.

Niezależnie od powyższego na promienioczułość komórki rakowej wpływają jeszcze dwa czynniki: uodpornienie i infekcja. Nowotwór, który już był leczony radem, zostaje uodporniony, czyli staje się odporny na działanie następnej serii napromieniania. Régaud tłumaczy to uodpornienie zmianami w podścielisku guza, które zachodzą podczas pierwszej serii naświetlania. Rak zakażony jest znacznie mniej czuły na działanie promieni radu.

Istnieje jeszcze jedno zagadnienie, z którym spotykamy się często, a które pozostaje niewyjaśnione. Niewiadomo, na przykład, dlaczego komórka rakowa na wardze dolnej jest znacznie bardziej czuła na działanie promieni radu, niż przerzut tego samego raka do gruczołu podszczękowego. Ducuing twierdzi, że istnieje znaczna różnica w promienioczułości zależnie od narządów, w których się ta sama komórka rakowa rozwija.

Mechanizm niszczenia komórki rakowej radem nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśniony. Większość jednakże autorów przypuszcza, że promienie działają bezpośrednio, niszcząc jądro komórki oraz pośrednio, pobudzając podścielisko do wydzielania „toksyny", która niszczy sąsiednie komórki rakowe. Badanie histopatologiczne stanu podścieliska daje pewne dane co do celowości leczenia radem.

Materiał, który służy za podstawę niniejszej pracy, obejmuje chorych z Zakładu Leczenia Radem przy Polskim Komitecie Zwalczania Raka. Ogółem było 4.170 raków (2.778 kobiet i 1.392 mężczyzn) oraz 185 mięsaków (93 kobiet i 92 mężczyzn), w tym przewodu pokarmowego: raków — 1.281 (30,7%), mięsaków — 43 (23,2%).

Dla oceny wartości leczenia radem przewód pokarmowy należy podzielić na 4 odcinki:

1) raki jamy ustnej;
2) raki przełyku;
3) raki żołądka, jelit cienkich i grubych;
4) raki odbytnicy.

Podział ten uwarunkowany jest różną promienioczułością raków rozmaitych narządów, zależnie od ich budowy histopatologicznej i stopnia odporności tkanek zdrowych.

1. Raki jamy ustnej.

Rogowacenie białe. W etiologii tych raków ogromną rolę odgrywa rogowacenie białe jamy ustnej (leucoplacia oris). Schorzenie to objawia się powstaniem blaszek biało-szarawych o powierzchni gładkiej albo nierównej, chropowatej, brodawkowej. Pod mikroskopem widzimy, że warstwa zrogowaciała nabłonka jest widocznie zgrubiała, głównie z powodu rogowacenia nadmiernego, a po części też nieprawidłowego (Bernhardt). Rogowacenie białe umiejscawia się najczęściej na języku, wargach i śluzówce policzka. Jest ono najbardziej charakterystycznym stanem choroby przedrakowej. Przyczyny powstania rogowacenia białego w jamie ustnej są rozmaite. Do najczęstszych zalicza się kiłę, alkoholizm i tytoń. Schengart w 65%, a Fournier nawet w 90% stwierdzili jako przyczynę rogowacenia białego jamy ustnej kiłę. Mam wrażenie, że cyfry te są bardzo przesadzone. Nie ulega jednakże wątpliwości, że w powstaniu leucoplacia oris oprócz kiły odgrywają dużą rolę całe szeregi bodźców chemicznych, fizykalnych, urazowych, infekcyjnych, jak np. próchnica zębów, protezy zębowe, nadużywanie przypraw pieprznych, alkohol, tytoń, schorzenia chroniczne żołądka i t. d. W powstaniu więc tego cierpienia doniosłe znaczenie odgrywa chroniczne drażnienie śluzówki.

U 5% mężczyzn w wieku 40 do 50 lat możemy stwierdzić rogowacenie białe jamy ustnej. U kobiet cierpienie to jest 10-krotnie mniej częste. Blaszki płaskie z biegiem lat przechodzą w blaszki brodawkowe, a te z kolei mogą ulec zwyrodnieniu złośliwemu (nabłoniak kolczysto-komórkowy). Według Darier'a zdarza się to w około 20%.

W niektórych przypadkach na miejscu blaszek rozwijają się owrzodzenia, wywołane zaburzeniami w odżywianiu tkanek, tak zwane wrzodziejące rogowacenie białe (Ulcère leucoplasique — Darier).

Leczenie polega na zajęciu się chorobą zasadniczą, to jest tą, która wywołała to cierpienie, względnie na usunięciu bodźców drażniących (alkohol, tytoń itd.). Wprawdzie blaszki pod wpływem leczenia ogólnego nie ustępują, ale przestają się rozrastać, i nie zjawiają się nowe. Miejscowo stosuje się lekkie środki dezynfekujące. Stosowanie wszelkich środków chemicznych przyżegających,

jak azotan srebra, kwas chromowy i innych jest stanowczo przeciwwskazane, gdyż przyśpieszają one canceryzację. W postaciach chropowatych, brodawkowych lub wrzodziejących dobre wyniki daje leczenie chirurgiczne lub też radem (stosowanie płytek lub wkłuwanie igieł).

Medycyna w leczeniu rogowacenia białego ust ma szerokie pole do prowadzenia profilaktyki raka.

R a k i w a r g stanowią w naszym materiale: 231 — dolnej wargi (około 5,5% wszystkich raków) i 33 — górnej wargi (0,7%). Odsetka ta zgadza się z obserwacjami Ducuing'a, który na 2.500 raków stwierdził 141 wargi dolnej, czyli około 6%. Raki wargi dolnej są w naszym i Ducuing'a materiale 7-krotnie częstsze od raków górnej wargi.

Rak wargi dolnej jest chorobą prawie wyłącznie spotykaną u mężczyzn. Jest on podstawno-komórkowy, jeżeli wychodzi ze skóry graniczącej ze śluzówką i kolczysto-komórkowy, jeżeli wyrasta ze śluzówki.

W pierwszym okresie choroby najlepsze wyniki daje miejscowe leczenie radem, gdyż w 70% następuje wyleczenie trwałe. W przypadkach bardziej zaawansowanych, to jest w których sprawa chorobowa przeszła na gruczoły podszczękowe — usuwamy gruczoły podszczękowe i szyjne jedno- lub obustronnie, następnie teren pooperacyjny napromieniamy radem. W niektórych przypadkach leczyliśmy tylko radem i ognisko pierwotne i macalne gruczoły chłonne — i osiągaliśmy wyleczenie pewnej ilości przypadków. Zgadza się to z obserwacjami Régaud i Lacasagne'a, którzy w tym okresie choroby przy stosowaniu wyłącznie radu osiągali 35% trwałych wyleczeń.

Przy stwierdzeniu gruczołów nieruchomych rękoczyn chirurgiczny jest przeciwwskazany. Stosowanie radu w tym okresie choroby daje wyniki tylko paliatywne.

Raki wargi górnej spotyka się równie często u mężczyzn, jak i u kobiet. Rozwijają się one bardzo wolno i dają przerzuty do gruczołów chłonnych po dłuższym istnieniu ogniska pierwotnego. Leczenie wyłącznie radem ogniska pierwotnego daje około 80% trwałych wyleczeń (Loos).

R a k i p i e r w o t n e ś l u z ó w k i p o l i c z k a należą do schorzeń znacznie rzadszych; w Zakładzie Leczenia Radem stwier-

działem je u 22 chorych, czyli 0,5%. Są one przeważnie kolczystokomórkowe, znacznie rzadziej stanowią formę przejściową. Spotyka się je 4-krotnie częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Rosną bardzo szybko, wrastają w dziąsła, przerastają skórę policzka i już po paru miesiącach istnienia dają przerzuty do gruczołów chłonnych.

Postępowanie lecznicze — miejscowe leczenie radem; przy stwierdzeniu przejścia sprawy chorobowej na gruczoły chłonne — operacyjne usunięcie gruczołów podszczękowych i szyjnych z następnym napromienianiem radem (aparat plastyczny).

Wyleczenia trwałe należą do rzadkości. Leczenie radem przedłuża życie choremu do 3 lat.

Raki języka są stosunkowo dosyć częste, gdyż według mojej statystyki stanowią 2,1% (88 chorych), według Ducuing'a — 3,4% wszystkich raków. U mężczyzn spotyka się je 10-krotnie częściej, niż u kobiet. Rozwój raka języka jest szybki i w ciągu niespełna roku prowadzi do śmierci.

Leczenie radem we wczesnych okresach choroby prowadzi do wyleczenia. Na wyniki terapeutyczne w znacznym stopniu wpływa umiejscowienie nowotworu. Rokowanie najlepsze jest w rakach umiejscowionych na koniuszku oraz na części ruchomej języka, znacznie gorsze w rakach obejmujących brzeg, najgorsze — przy zajęciu podstawy języka.

Według niektórych autorów (Trela, Le Dentu) raki języka, powstałe na tle rogowacenia białego, rozwijają się znacznie wolniej. Moje obserwacje kliniczne wykazują znacznie większą złośliwość raków języka u chorych kiłowych. Raki kobiet są bardziej odporne na leczenie radem. Histologicznie są to raki kolczysto-komórkowe; u osób młodych spotyka się czasami mięsaki wrzecionowato-komórkowe, lub mięsaki układu limfatycznego.

Na niską stosunkowo odsetkę trwałych wyleczeń po radzie wpływa to, że chorzy zjawiają się zwykle do radologa z przerzutami do gruczołów szyjnych. Jeżeli przyjmiemy pod uwagę, że zajęcie gruczołów występuje zwykle w 3—4 miesiące po zjawieniu się ogniska pierwotnego na języku, to zrozumiemy, jak cenne jest wczesne rozpoznanie cierpienia i skierowanie chorego jak najwcześniej do właściwego leczenia. Winę trochę ponoszą koledzy dermatolodzy i dentyści. Chory zwykle rozpoczyna swoją wędrówkę od der-

matologa, który przy stwierdzeniu w jamie ustnej poza owrzodzeniem blaszek, charakterystycznych dla rogowacenia białego, przeprowadza badanie surowicy chorego na odchylenie dopełniacza i nawet przy wyniku ujemnym przeprowadza leczenie ex juvantibus, przypuszczając, że jednakże jest to kiła. Jeżeli chory „stwierdzi", że przyczyną powstałego owrzodzenia na języku jest wada w uzębieniu — zwraca się do dentysty, który w ciągu szeregu miesięcy doprowadza je do porządku. Tymi próbami leczenia traci się najlepszy okres do napromieniania radem. Należy pamiętać, że wszystkie te bodźce ogólne lub miejscowe, które powodują rogowacenie białe jamy ustnej, mogą wprost spowodować rozwój raka języka. Régaud podaje tryjadę — kiła plus tytoń plus próchnica zębów, która z całą pewnością do powstania raka języka prowadzi. Może i nie należy tej tryjady zbyt rygorystycznie bronić; nie można jej też zbytnio lekceważyć. W przypadkach wzbudzających najmniejsze podejrzenie musi być dokonany próbny wycinek. Wszelkie więc zmiany chorobowe na języku, za wyjątkiem może tylko rogowacenia białego płaskiego (blaszki szaro-białawe o powierzchni gładkiej) muszą być poddane badaniu histopatologicznemu.

Leczenie raków języka w pierwszym okresie rozwoju (bez zajęcia gruczołów chłonnych) polega na miejscowym stosowaniu radu (wkłuwanie igieł lub aplikatorów platynowych) oraz na leczeniu radem gruczołów podszczękowych i szyjnych (aparat plastyczny szyjny).

Przy przejściu sprawy chorobowej na gruczoły chłonne lepiej jest wyciąć gruczoły szyjne obustronnie oraz podwiązać tętnicę szyjną zewnętrzną po stronie odpowiadającej usadowieniu pierwotnego ogniska chorobowego. Następnie leczymy radem język i szyję. Oczywiście takie postępowanie jest możliwe tylko wtedy, jeżeli gruczoły chłonne są ruchome.

W trzecim okresie choroby — przejście raka języka na otaczające tkanki (dno jamy ustnej, wyrostek zębodołowy itd.) oraz przy stwierdzeniu nieruchomych gruczołów chłonnych — leczenie radem ma charakter wyłącznie paliatywny.

Przy stosowaniu podanej techniki osiągnąłem w całym szeregu przypadków trwałe wyleczenie.

W jednym przypadku leczyłem radem chorego z powodu raka prawego brzegu języka bez przejścia na gruczoły chłonne; w 10 lat

po całkowitym wyleczeniu (w 70 roku życia chorego) stwierdziłem nowego raka na lewym brzegu języka.

U 50-letniego mężczyzny zastosowałem metodę rado-chirurgii z powodu raka przedniej trzeciej języka; wyleczenie osiągnięto; po 9-ciu latach stwierdziłem u chorego raka żołądka, z powodu którego zmarł w styczniu rb.

U 29-letniego nauczyciela szkoły powszechnej z daleko posuniętym rakiem prawostronnym przedniej i środkowej $^1/_3$ języka z przerzutami do gruczołów szyjnych prawostronnych (ruchomych) — dokonano w I-szej Chirurgicznej Klinice Uniwersyt. w W-wie wycięcia gruczołów podszczękowych i szyjnych i podwiązania zewnętrznej tętnicy szyjnej prawostronnej. Badanie histopatologiczne wyciętych gruczołów szyjnych wykazało raka kolczystokomórkowego. Następnie nożem diathermicznym wycięto częściowo guz języka, wkłuto rad do języka oraz zastosowano zewnętrzne napromienianie radem szyi. Zabieg był dokonany przed 6-ciu laty. Pacjent jest nadal wyleczony i pełni obowiązki nauczyciela.

Przypadek ten jest o tyle jeszcze kazuistycznie ciekawy, że chory przed przybyciem do Kliniki otrzymywał 3—4 razy dziennie od szeregu miesięcy zastrzyki morfiny, gdyż lekarz, do którego się pacjent zgłosił po dokonaniu biopsji i stwierdzeniu raka, uważał przypadek za beznadziejny. Po przeprowadzonym leczeniu przeciwrakowym i zabliźnieniu się sprawy chorobowej mieliśmy nadal kłopot z pacjentem, który stał się morfinomanem i z przebiegłością nałogowca symulował „okropne“ bóle. Umieściliśmy go w Szpitalu w Tworkach, gdzie po dwumiesięcznym pobycie na oddziale dla narkomanów wyzbył się nałogu, do którego więcej nie powrócił.

U 57-letniego buchaltera przed 5-ciu laty stosowałem rad z powodu raka przedniej dolnej trzeciej języka z przejściem na dno jamy ustnej i powiększonymi obustronnie gruczołami szyjnymi. Leczenie radem obejmowało język, dno jamy ustnej i całą szyję, gdyż chory nie zgodził się na zabieg operacyjny. Chory jest wyleczony i nadal uprawia swój zawód.

We wczesnych rakach języka leczenie radem daje około 60% trwałych wyleczeń; przy istnieniu małych, ruchomych gruczołów szyjnych rado-chirurgia — około 30%. Śmiertelność bezpośrednia nie przekracza 3%.

Chirurgiczne tylko leczenie daje od 15 do 18% bezpośredniej

śmiertelności pooperacyjnej (Ducuing), a odsetka wyleczeń trwałych waha się od 15 do 40% (Sébileau). Ale nawet dobry wynik pooperacyjny jest gorszy od poradowego, gdyż powoduje duże okaleczenie, czego nie daje leczenie radem.

Mięsaki języka powinny być operowane, jedynie wychodzące z układu limfatycznego (limfoplastyczne) leczone radem lub promieniami Rentgena.

Pierwotne raki dna jamy ustnej są bardzo rzadkie i nie przekraczają w naszym materiale 0,3% wszystkich raków (16 przypadków). Wolfier podaje w swej statystyce 4 raki pierwotne dna jamy ustnej na 44 raki języka. Są to przeważnie nabłoniaki kolczysto-komórkowe, czasami spotyka się raki cylindryczne, wychodzące z przewodów gruczołowych. Rosną one bardzo szybko, przechodząc na język, dziąsło i żuchwę oraz gruczoły podżuchwowe. Leczenie chirurgiczne daje około 46% śmiertelności pooperacyjnej (Wallase) i przerażającą ilość nawrotów w krótkim przeciągu czasu. Bardziej celowym jest stosowanie radu miejscowo, usunięcie chirurgiczne gruczołów z następnym zewnętrznym stosowaniem radu. W bardzo wczesnych okresach wyniki rado-chirurgii są niezłe. Ze względu na obawę poradowej martwicy tkanek kostnych szczęki niektórzy autorzy proponują dokonanie przed stosowaniem radu atypowej resekcji dolnej szczęki.

Raków pierwotnych dziąseł i twardego podniebienia było 77, czyli 1,8% wszystkich raków, miesaków szczęk — 30, co stanowi 16% wszystkich mięsaków. Raki dziąseł szybko przechodzą na tkanki kostne wyrostków zębodołowych. Drobnowidzowo są to przeważnie raki kolczysto-komórkowe. Rozwijają się one bardzo szybko i nie leczone w ciągu 4 do 12 miesięcy prowadzą do śmierci.

Przypadki wczesne, niestety, należą do rzadkości. Nadają się do leczenia radem. W jednym przypadku, leczonym przeze mnie w ciągu 8 lat, było wyleczenie, po tym okresie czasu wytworzył się rak dziąsła po stronie przeciwległej, który okazał się radoodpornym (przypadek był demonstrowany na posiedzeniu Warsz. Tow. Chirurg.).

Przy przejściu na tkankę kostną najlepsze wyniki lecznicze osiąga się przy stosowaniu: częściowej resekcji szczęki, rado-sączkowaniu rany pooperacyjnej (Radium-drainage) natychmiast po

operacji lub w parę dni po takowej, oraz napromienieniu radem miejsca resekowanego aparatem plastycznym (zewnętrznie).

Przy przejściu sprawy chorobowej na gruczoły podżuchwowe i szyjne — rado-chirurgia szyi.

Metoda częściowej resekcji w kombinacji z leczeniem radem daje w przypadkach niezbyt zaawansowanych od 33 do 65% wyleczeń (Ducuing).

N a d z i ą ś l a k w y r o s t k a z ę b o d o ł o w e g o należy do schorzeń stosunkowo łagodnych. Leczenie radem daje takież wyniki, jak i rękoczyn chirurgiczny (dobre).

M i ę s a k i s z c z ę k bywają najczęściej okrągło komórkowe, olbrzymio komórkowe, wrzecionowato komórkowe oraz pochodzące z układu limfatycznego (lymphoblastoma, lymphoma). Zabieg operacyjny doszczętny przedstawia duże niebezpieczeństwo dla chorego i względnie często daje nawroty i przerzuty. Najbardziej celowym wydaje się nam zastosowanie bardziej oszczędnej operacji i następnego leczenia radem.

Kombinacja radu i Rentgena daje niezłe wyniki przy mięsakach olbrzymio komórkowych oraz mięsakach limfocytarnych.

S z k l i w i a k s z c z ę k obserwowaliśmy trzykrotnie. Leczenie polegało na oszczędnościowej resekcji szczęk (2 razy dolnej i 1 raz górnej) i wprowadzeniu radu do rany pooperacyjnej. W jednym przypadku wyleczenie trwa 6 lat, w drugim — 4 lata, o trzecim nie mamy wiadomości.

Stosowana przeze mnie metoda była zalecana przez Bèrarda i Ducuinga.

R a k i g a r d z i e l i i m i g d a ł ó w — 40 przypadków, czyli 0,9% wszystkich raków. Są to raki podstawno- lub kolczystokomórkowe.

Leczenie radem daje wyleczenie na okres 2 do 3 lat (Ducuing, Lenormant, Quick).

M i ę s a k i g a r d z i e l i i m i g d a ł k ó w — 12 przypadków, czyli 6,4% wszystkich mięsaków. Najczęściej spotykamy mięsaki wrzecionowato-komórkowe lub limfocytarne (lymphocytome), przy czym te ostatnie są bardzo czułe na działanie promieni X. Stosowanie promieni X według spostrzeżeń Ducuing'a i moich daje tylko przejściowe okresy zniknięcia tych mięsaków

i już po stosunkowo krótkim upływie czasu występują nawroty i przerzuty, które się już nie poddają leczeniu. Régaud i Lacassagne ogłosili parę przypadków wyleczeń trwających 3 lata.

2. Raki przełyku.

W przełyku pierwotne raki umiejscawiają się dosyć często. Ducuing podaje, że odsetka raków przełyku wynosi od 5 do 10 w stosunku do innych raków. W naszym materiale stanowią one 6% (256 chorych). Spotyka się je 6-krotnie częściej u meżczyzn, niż u kobiet. Najczęściej cierpią na nowotwory złośliwe przełyku mężczyźni między 50 i 60 rokiem życia. Guisez opisuje szereg raków przełyku u chorych w wieku 14 do 26 lat. Najmłodsza nasza pacjentka miała 24 lata.

Wśród naszych chorych w 130 przypadkach rak umiejscowiony był w górnej trzeciej; w 45 — w środkowej i w 81 — w dolnej trzeciej. Inni autorzy podkreślają znacznie częstsze usadowienie raka w środkowej trzeciej przełyku.

Najwcześniejszym objawem klinicznym są trudności przy przełykaniu pokarmów. Chory nagle odczuwa przeszkodę w przełknięciu stałego pokarmu. Ten atak ostrej dysphagii zwykle ustępuje na szereg dni, po czym rozwija się obraz stale narastającej trudności w przełykaniu.

Wymioty w początkowych okresach choroby występują tylko od czasu do czasu. W miarę narastania zwężenia rozwija się w przełyku ponad miejscem zwężonym kieszeń, w której część pokarmu zalega często szereg dni. Zawartość tego uchyłka co pewien czas opróżnia się per os, przy czym wymiociny są bardzo cuchnące i zawierają czasami domieszkę krwi. Poważniejsze krwotoki występują okresowo, przeważnie w późnych okresach choroby Objawem klinicznym przejścia guza na tkanki otaczające przełyku są bóle. Niezmiernie męczącym dla chorych jest obfity ślinotok, który jedni tłumaczą przerostem ślinianek (Guisez), inni odruchem przełykowo-ślinianowkowym (Roger).

Nieleczony rak przełyku trwa od paru miesięcy do trzech lat. U młodszych osobników przebieg jest bardziej gwałtowny, niż u starszych. Długość okresu choroby jest zależna również od umiejscowienia i związanych z tym komplikacji. Raki górnych $^{2}/_{3}$ prze-

łyku komplikują się często przejściem sprawy chorobowej na śródpiersie, przedziurawieniem do oskrzela, płuc lub tętnicy głównej. Raki dolnej trzeciej przełyku szerzą się głównie na ścianki żołądka, dlatego też skargi chorychześrodkowują się głównie na tej okolicy.

Rozpoznanie raka przełyku ustala się na podstawie radioskopii, wziernikowania przełyku i biopsji.

Raki przełyku są podstawno- lub kolczysto-komórkowe.

Leczenie raków przełyku stanowi prawdziwe crux medicorum.

Rękoczyny chirurgiczne doszczętne skracają życie choremu i praktycznie nie są w ogóle brane w rachubę.

Dokonanie przetoki żołądkowej w rakach przełyku umiejscowionych w górnej $^2/_3$ poprawia ogólny stan chorych na szereg miesięcy, w niektórych przypadkach nawet na 2 lata. W rakach dolnej trzeciej przełyku nie należy się zbytnio śpieszyć z dokonaniem przetoki, gdyż wskutek przejścia procesu chorobowego na żołądek, pokarmy już wkrótce po zabiegu przeciekają obok rurki, tworzą się rany na skórze i chorzy giną szybciej, przy objawach gwałtownie rozwijającego się charłactwa.

Leczenie radem według większości autorów i naszego doświadczenia nie daje trwałych wyleczeń. Od dawna radolodzy zastanawiają się, dlaczego rak przełyku, który histopatologicznie należy zaliczyć do radoczułych, jest taki oporny na promienie radu. Ducuing tłumaczy to brakiem różnicy między promienioczułością zdrowych tkanek przełyku a nowotworu.

Większość autorów (Bérard, Simon Laborde, Grosmman, De Nabias, Ducuing, Floksztrumpf) uzyskują stosowaniem radu poprawę w 10—20% przypadków na okres czasu od paru miesięcy do dwuch lat. Quick nie uzyskał poprawy w żadnym przypadku. Jedynie Guisez uzyskuje trwałe wyleczenie w całym szeregu przypadków.

Na podstawie wieloletnich obserwacji klinicznych ustaliłem następujące postępowanie u chorych na raka przełyku.

Raki przełyku niezależnie od usadowienia u chorych powyżej lat 60 nie leczę ani radem ani Rentgenem i ograniczam się wyłącznie do dokonania przetoki żołądkowej wówczas, jeżeli niedrożność utrudnia przełykanie pokarmów płynnych.

U chorych młodszych przy umiejscowieniu nowotworu

w górnych $^{2}/_{3}$ przełyku zalecam dokonanie przetoki żołądkowej. W 10 dni po zabiegu daję przełknąć choremu na cienkiej nitce jedwabnej osiem śrucinek kaczych, które po 24 godzinach pod kontrolą radioskopii wyciągam przez przetokę. Śruciny przechodzą nawet wówczas przez zwężone miejsce, jeżeli pacjent przełyka już tylko bardzo wodniste płyny (woda, herbata). Po dokonaniu sądowania bez końca stopniowo rozszerzam przełyk uwiązanymi do nitki kauczukowymi zgłębnikami. Po upływie 2—3 dni wprowadzam rad do przełyku w kauczukowych sączkach. Rad musi być dobrze filtrowany (2 mm platyny). Ilość niezbędnego radu zależna jest od przybliżonej długości schorzenia nowotworowego. Na każde 2 cm przypada 1 aplikator, zawierający 10 mlgr RaE. Rad pozostawiam in situ 120 godzin. Napromienianie to uzupełniam zewnętrznym stosowaniem radu (aparat plastyczny na plecy).

Raków dolnej trzeciej przełyku nie leczę. Chorzy ci w większości przypadków do śmierci zupełnie znośnie przełykają płyny. Przemijające ostre objawy zupełnej niedrożności łagodzi się często z powodzeniem eupaveryną, atropiną, belladonną itd.

Leczenie promieniami Rentgena w niektórych przypadkach daje poprawę w przełykaniu pokarmów na okres paru miesięcy.

3. Raki żołądka, jelit cienkich i grubych.

Raków żołądka stwierdziłem 273, co stanowi 6,5% wszystkich raków. Jest on najczęstszym schorzeniem pomiędzy rakami narządów wewnętrznych (Pauchet, Hirschberg, Lopthorn-Smith, Ducuing).

Histopatologicznie są to raki cylindryczne. Konieczny rozróżnia następujące postacie: raki gruczołowate, lite, mięszane, włókniste oraz postacie rzadkie (płasko-komórkowe, z uwapnieniami lub z kostnieniami i mięsako-raki).

Niezależnie od budowy histologicznej wszystkie raki żołądka są promienio-oporne. Régaud, Cad i inni stosowali zdalne napromienianie radem (télécurietherapie), które polega na stosowaniu bardzo dużych ilości radu (od 4 do 15 g) z dużej odległości. Oprócz krótkotrwałej poprawy nic bardziej konkretnego nie osiągnięto.

Raków jelit cienkich obserwowaliśmy 2 przypadki i raków jelit grubych — 34 przypadki.

Utkanie histologiczne tych raków jest podobne do budowy raków żołądka.

Nie poddają się one również leczeniu radem. Jedyne leczenie w tych rakach, jak i w rakach żołądka, jest wczesny zabieg operacyjny.

Wprawdzie w jednym przypadku raka zagięcia wątrobianego i w dwóch przypadkach raków esicy osiągnąłem wyleczenie kliniczne (zniknięcie guza) na okres 2—3 lat.

4. Raki odbytnicy.

Ogółem było ich 206, czyli 4,9% wszystkich raków. Według Pack'a odsetka ta wynosi 4,6—5%.

Histologicznie są to przeważnie raki gruczołowate o komórkach cylindrycznych lub raki śluzakowe. Te ostatnie częściej spotyka się u osób młodych. Raki płaskokomórkowe są zwykle wtórne— wrastają ze skóry odbytu do światła odbytnicy.

Badanie palcem, wziernikowanie i biopsja, a w niektórych przypadkach badanie radiologiczne — pozwalają na stosunkowo wczesne rozpoznanie tego raka. Niestety, większość tych klasycznych metod rozpoznawczych jest niechętnie przez lekarzy stosowana, szczegulnie unika się badania palcem.

Raka odbytnicy stosunkowo często obserwowaliśmy również i u osób bardzo młodych (między 10 a 20 rokiem życia).

Raki odbytnicy, jako cylindryczne, najchętniej są leczone chirurgicznie. Jednakże różnorodność metod operacyjnych jest najlepszym dowodem tego, że i chirurdzy sami nie są zadowoleni z osiąganych wyników.

Leczenie radem jest stosowane przeważnie w tych rakach, w których zasięg choroby przekracza możliwości doszczętnego rękoczynu chirurgicznego. I okazuje się, że w niektórych przypadkach osiągano trwałe wyleczenie kliniczne. Schellsinger, Algłave, Bowing-Anderson, Janewey, Quick, Duval i Opert, Maisin, Gordon-Watson, Morin, Roussy i Bertillon cytują cały szereg raków cylindrycznych odbytnicy, nie nadających się do zabiegu operacyjnego, wyleczonych radem.

Kelly na 94 chorych leczonych radem (aparaty plastyczne ze-

wnętrzne i sączki gumowe, wprowadzane do światła kiszki) osiągnął trwałe wyleczenie u 11% chorych.

We wrześniu 1936 roku referowałem na Zjeździe Międzynarodowym w Brukseli przypadki, leczone przeze mnie radem w okresie czasu od 1926-go do 1930 roku. Materiał obejmował 41 chorych (34 raki cylindryczne o budowie gruczołowatej, 4 — płasko-komórkowe i 3 śluzakowe). Jeden chory zmarł podczas leczenia na skutek dusznicy bolesnej. W 9-ciu przypadkach stosowanie radu nie zahamowało rozwoju choroby.

W 21 przypadkach stwierdziłem zmniejszenie się guza, poprawę w ogólnym stanie zdrowia chorych, często nawet powrót do pracy zawodowej na okres 1 do 5 lat.

W 2-ch przypadkach raków gruczołowatych bańki odbytniczej wyleczenie trwa powyżej 10 lat; w 2-ch powyżej 6 lat; w jednym powyżej 5 lat i 6 miesięcy; jeden chory zmarł wyleczony miejscowo na skutek dusznicy bolesnej.

1 przypadek raka płaskokomórkowego odbytu jest wyleczony od 8 lat.

1 chory z wyleczonym daleko posuniętym rakiem płaskokomórkowym zmarł w 5 lat po leczeniu radem z powodu zakażenia pooperacyjnego (przy zamknięciu sztucznego odbytu).

U 29-letniego chorego w 4 miesiące po leczeniu radem z powodu nieoperacyjnego raka gruczołowatego odbytnicy dokonano resekcji kiszki. Dokładne badanie histopatologiczne wyciętej kiszki nie wykazało obecności komórek rakowych.

Leczenie radem musi trwać długi okres czasu — około 3-ch tygodni. Rad musi być dobrze filtrowany.

Przed stosowaniem radu należy koniecznie wytworzyć sztuczny odbyt.

Powyższe dane świadczą o tym, że odpowiednio przeprowadzone leczenie radem może zniszczyć nie tylko raka płaskokomórkowego odbytu, lecz również raka gruczołowatego odbytnicy, oraz, że zasięg działania radu jest większy, niż rękoczynu chirurgicznego.

Raki śluzakowe są promieniooporne.

Leczenie Rentgenem, według większości autorów, przynosi

czasami ulgę choremu (zmniejsza bóle), nie prowadzi jednakże nigdy do zaniku raka odbytnicy.

Ten krótki przegląd wartości leczniczych radu w górnym i dolnym odcinkach przewodu pokarmowego jest najlepszym dowodem doniosłości odkrycia Marii Skłodowskiej-Curie i Piotra Curie.

W sprawie raka żołądka.*)

Podał

Dr med. Franciszek NIEWIADOMSKI.

Rak żołądka pozostaje dotychczas prawie wyłącznie w dziedzinie leczenia chirurgicznego. Nic więc dziwnego, że należy on do najżywotniejszych problemów chirurgii nowotworowej i nie schodzi ze szpalt prasy chirurgicznej. Ważkość tego zagadnienia podkreślają fakty następujące:

1) Żołądek jest narządem w którym najczęściej zjawia się rak.

2) W ogólnej śmiertelności raka, udział raka żołądka jest bardzo znaczny gdyż według najnowszych statystyk poszczególnych państw wynosi 66%.

3) Chorzy na raka żołądka zjawiają się jeszcze dzisiaj w większości przypadków do lekarza za późno, są to ludzie przeważnie już straceni. Wymowną ilustrację do tego stanowią liczby zaczerpnięte z zestawień operacyjnych szeregu chirurgów. Przeciętna ilość przypadków nadających się do operacji doszczętnej nie przekracza nawet w większych szpitalach i klinikach 25%.

4) Jak już wspomniałem na wstępie jedyną bronią skuteczną stanowi w raku żołądka doszczętna operacja. Nieodzownym warunkiem pomyślnego wyniku leczenia chirurgicznego jest wczesne rozpoznanie.

O ile jednak strona lecznicza zagadnienia, o którym mowa, stoi na wysokości zadania dzięki nowoczesnemu rozwojowi techniki operacyjnej, aseptyki sposobów znieczulania i postępowania przed- i pooperacyjnego, o tyle diagnostyka pozostawia wiele do życzenia.

---

*) Zgłoszony na posiedzeniu Polsk. Tow. Gastolog. w dn. 30.XI.38.

W kierunku ulepszenia poszczególnych sposobów badania i popularyzowania wśród lekarzy praktyków idei wczesnego rozpoznania, oraz nowych metod diagnostycznych muszą iść nasze usiłowania, jeżeli mamy osiągnąć lepsze wyniki lecznicze niż dotychczas.

Nieodzownym jest, byśmy sobie zdali sprawę co wiemy o powstaniu raka żołądka.

Patogeneza jest w ogóle w raku dotychczas ciemna. Wiadomo tylko, że zachodzi szereg zmian miejscowych i ogólnych w ustroju, które prowadzą do powstania nowotworu. Przyjmujemy dziś prawie za pewnik, że istnieje wrodzona lub nabyta dyspozycja do raka, która idzie w parze z tymi zaburzeniami ustrojowymi. Jeżeli jednak podejdziemy do tego zagadnienia ze strony morfologicznej, to właśnie w raku żołądka histopatologia wniosła wiele nowego. Rak żołądka, według większości dzisiejszych badaczy, nie zjawia się prawie nigdy w zdrowym żołądku. Istnieje podatne ku temu podłoże w postaci przewlekłego przerostowego lub zanikowego nieżytu i wrzodu żołądka.

Stany te chorobowe określamy jako zmiany przedrakowe. Mamy do czynienia, albo z rakiem pierwotnym, który się rozwija w zapalnie zmienionej śluzówce żołądka, albo złośliwym przeistoczeniem wrzodu żoł. W pierwszym przypadku stwierdzamy w okresach bardzo wczesnych, makroskopowo nieuchwytnych, płaskie owrzodzenia, różnej wielkości, o nie równych brzegach niedrążące nawet do warstwy mięśniowej śluzówki. Z początku te owrzodzenia mają tendencję raczej do szerzenia się po powierzchni a nie wgłąb. Śluzówka zatraca prawidłową budowę gruczołów. Stwierdzamy atypowe podziały komórek, mniej zróżnicowane komórki, makrofagię i autofagię. W drugim przypadku spostrzegamy rozplen i bujanie nie typowego nabłonka z brzegów wrzodu. 15%—20% okrągłych wrzodów żołądka ulega przeistoczeniu złośliwemu.

Niektórzy jako Konietzny, uważają że proces złośliwego bujania na brzegu owrzodzenia jest podobny do zmian rakowatych w śluzówce nieżytowej bez wrzodu. Zgadzałoby się to z poglądami tych, którzy nie uznają samoistnej choroby wrzodowej, natomiast dopatrują się przyczynowego związku między wrzodem, a nieżytem. W obydwuch wypadkach mamy do czynienia w przewlek-

łym stanem zapalnym, tylko w innym okresie rozwoju i o innym typie.

Według tych poglądów, nic dziwnego, że mogą nastąpić również dobrze zmiany złośliwe we wrzodzie żoł. Do stanów przedrakowych należy też zaliczyć ukleje śluzówki żoł., które tworzą się drogą bujania hyperplastycznego, lub gruczolakowatego. Rak powstaje częściej z pojedyńczych niż mnogich.

Powodu zmian złośliwych na podłożu blizny należy szukać nie w niej samej, a raczej w nieżycie otaczającej śluzówki.

Makroskopowo brak zmian, któreby odpowiadały zaburzeniom histopatologicznym na początkach złośliwego procesu.

Przechodząc do strony klinicznej zagadnienia musimy stwierdzić, że za późno rozpoznajemy raka żoł. Jak wspomniałem na wstępie najnowsze badania statystyczne podają, że jeszcze dotychczas $^3/_4$ chorych zgłaszających się do klinik i szpitali, to przypadki nie nadające się do operacji doszczętnej. Większość z nich to chorzy z tzw. rakiem ukrytym przebiegającym dłuższy czas bezobjawowo. Resztę stanowią chorzy, którzy przed wystąpieniem typowych objawów rakowych cierpieli na przewlekły nieżyt lub wrzód żoł. Tu winę ponoszą sami chorzy wespół z lekarzami leczącymi ich. Nie jedni z nich, gdyby byli poddani dokładnym badaniom periodycznym w kierunku raka, mogliby być uratowani operacją we wcześniejszym okresie. Klinicznie trudno często roztrzygnąć czy mamy do czynienia z rakiem owrzodzeniowym na tle nieżytu, czy z wrzodem złośliwym lub końcowym etapem raka ukrytego. Przeistoczenie złośliwe wrzodu jesteśmy w stanie tylko wówczas rozpoznać, jeżeli stwierdzamy typowy przebieg z okresami poprawy i znikania uchyłka na rentgenogramie, a po pewnym czasie w miejscu niszy znajdujemy zmiany nowotworowe. Nieżyt towarzyszący rakowi nie różni się niczym w klinice od nieżytu wrzodowego. Tzw. objawy szkolne raka żoł., jak utrata wagi, brak apetytu, wstręt do mięsa, namacalny guz nie spotyka się we wczesnym okresie, a jeżeli, to w minimalnym procencie. Na początku brak objawów, a jeżeli występują jakiekolwiek zaburzenia, to nie różnią się klinicznie od nieżytu żoł. lub wrzodu. Wiek nie odgrywa wielkiej roli. W wywiadzie rodzinnym spotykamy często raki żoł. lub jelit lub niedokrwistość złośliwą na tle nieżytu zanikowego żoł. Badania biochemiczne są przeważnie pozbawione wartości rozpoznaw-

czych we wczesnym okresie raka. Przypadki z kwasotą zwiększoną lub normalną nie są tak rzadkie. Klinika Mayo podaje we wczesnym okresie następujące cyfry: 53% przyp. z brakiem wolnego H.C.L. 17% z normalnym i 5% ze zwiększoną kwasotą.

W przeciwieństwie do dawnych statystyk opartych na przyp. więcej zaawansowanych: Zich ½%, Friedman i Bryan 6%. Delart i Blanc Campagnoe 4%. Według prac Reissnera, Gruenda i Wienera zawartość chloru w soku żoł. przy braku kwasu solnego jest większa u rakowatych niż w innych schorzeniach. Brak kwasu mlekowego nie wyklucza raka, gdyż spotykamy się również z nim w łagodnych zwężeniach oddźwiernika.

Obecność zaś kwasu mlekowego przy raku nabiera specjalnego znaczenia, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że wytwarzanie kwasu mlekowego drogą glikolizy należy do najbardziej swoistych cech komórek nowotworowych (prace Walburga). Znajdujący się w soku żołądkowym kwas mlekowy jest pochodzenia podwójnego 1) na skutek fermentacji drobnoustrojowej 2) produktem przemiany materii w tkance rakowej. Engerowi z kliniki Vollberda udało się drogą dokładnych przepłukiwań żoł. kwas mlekowy pochodzenia fermentacyjnego usunąć i ilościowe badania pozostałego kwasu mlekowego przeprowadzić.

Wydzielanie kwasu mlekowego jest wzmożone w przyp. raka nawet tak małego, że go rentgen nie wykrył, jak to miało miejsce w jednym przyp. Metoda ta wymaga dalszej rozbudowy. Badania fizyko-chemiczne treści żoł. przeprowadzone przez Cytronberga wykazały, że nawet we wczesnych rakach wskaźnik refractometryczny zmniejsza się po śniadaniu próbnym przeszło o 3,5 jednostek, w przyp. prawidłowych lub łagodnych schorzeń wskaźnik pozostaje na czczo i po śniadaniu próbnym ten sam, lub się trochę obniża nie dochodząc nigdy do tej wysokości. W raku żoł. ilość azotu całkowitego mocznika i azotu resztkowego jest na ogół większa, (Steinitz), to samo można powiedzieć o polypeptydach, jak głosi praca Sinici'ego i Jonesco. Nie stanowi to nic charakterystycznego dla raka, gdyż w wielu przyp. owrzodzenia żoł. ilość azotu w treści żoł. po nad 20 g nie jest rzadkością.

Próba białkowa Salomona wypada często dodatnio i w łagodnych schorzeniach żoł. Dosyć czułą jest próba histaminowa, a kilkakrotnie przeprowadzane badania tą drogą otrzymanego so-

ku żoł. na krew z wynikiem dodatnim są podejrzane o raka. Buerger omawiając ogólno-ustrojowe zmiany w raku przewodu pokarmowego, twierdzi, że zwiększenie podstawowej przemiany materii po wyłączeniu nadtarczyczności i stanów gorączkowych, może przemawiać za rakiem, ale brak zaburzeń w podstawowej przemianie materii nie mówi przeciw rakowi. Tak samo nie można przypisywać gorączce żadnego znaczenia.

Przyśpieszenie opadania ciałek czerwonych krwi następuje dopiero podczas rozpadu guza w późniejszym okresie choroby. W ostatnich czasach nabrała rozgłosu próba Fuchsa, polegająca na właściwości surowicy rakowatych rozpuszczania włóknika zdrowej krwi ludzkiej. W gospodarce tłuszczowej brak momentów charakterystycznych, kwestia istnienia tzw. kwasu rakowego, na którym opiera się cytolytyczna próba Freunda i Kaminerównej wywołuje jeszcze wiele sporów wśród badaczy. Rentgenodiagnostyka jest tą podwaliną, na której dziś budujemy nadzieję możliwości wczesnego rozpoznania raka żoł. W mojej pracy z 1930 r. pt. „Chirurgia a rak żoł. podkreślałem to bardzo silnie. Od tego czasu nauka porobiła jeszcze dalsze postępy. Bez Roentgena nie ma mowy o właściwym rozpoznaniu we wczesnym okresie. Precyzyjna technika badania kinetyki żoł. na zdjęciach seriowych i układu śluzówkowego sposobem Berga i Forssella stworzyła nam dostęp do wnętrza żoł. Stosując małe dawki papki kontrastowej pod uciskiem badamy żoł. za pomocą prześwietlenia palpacji i zdjęć. Ruchowa i wydzielnicza czynność, spoistość, układ i przebieg fałd śluzówkowych stanowią najważniejsze kryteria rozpoznawcze. Wszystkie postacie guzów, nacieków i owrzodzeń charakteryzują się zmianami w obrazie śluzówkowym. W postaciach o wzroście rozprężającym spostrzegamy ubytek kontrastowy i ostre przerwanie ciągłości fałd śluzówek. We wczesnym okresie przedstawia się ta forma nacieku lub guza jako zniekształcony odźwiernik, ubytek cieniowy o nieregularnych zarysach na krzywiznach. Nie raz są zgrubienia, małe przerwy, guzowatości na fałdach śluzówkowych. Ubytek gładki, o równych brzegach zasadniczo swoisty dla łagodnego guza nie wyklucza jednak istnienia raka. Mnogość ubytków przemawiająca za uklejami wzbudza również podejrzenie, gdyż jeden z uklei może być już rakiem. Drugi rodzaj odmiany anatomoradiologicznej, jak się niektórzy

wyrażają stanowi postać naciekająca powierzchowna charakteryzująca się przede wszystkim pewną sztywnością zarysów i stopniowym zanikiem fałd śluzówkowych. We wczesnym okresie ta sztywność na nieznacznej przestrzeni pozostaje na wszystkich zdjęciach seriowych i może się poruszać wraz z otoczeniem. Niektórzy jak Gutman odróżniają: oddźwiernik w postaci głowy cukru, kątowo zgięty wgłębiony, linia falista prosta, wreszcie linia symulująca ubytek cieniowy. Te zmiany mogą być bardzo niewielkie, nie uchwytne podczas operacji, a dopiero badanie drobnowidowe tego odcinka w preparacie anatomopatologicznym wykazuje utkanie raka. Trzecią odmianę stanowi postać wrzodowa, do tej grupy zaliczamy raka wrzodziejącego i wrzód złośliwie przeistoczony. Pierwszy może się zjawić jako banalna nisza wrzodowa lub o nie prawidłowych konturach (daszkowata, wgłębiona, trójkątna). Drugi sprawia dużo kłopotu roentgenologom, jest pograniczem, na którym tylko ścisła współpraca roentgenologów i klinicystów może wydać odpowiedni plon. Jednorazowe badanie zwykle nie może dać stanowczej odpowiedzi. Ani rozmiary, ani pewne zniekształcenia nie są ściśle biorąc patognomoczne. Natomiast zwiększanie się nieregularności zarysów uchyłka winno wzbudzać podejrzenie. Najbliższa okolica uchyłka wykazuje nie raz podczas badań kontrolnych szereg zmian podejrzanych, ale nie swoistych (wystrzępienie linii, jakby wygryzienie przez myszy, wał wrzodowy, obraz wgłębienia, wklęśnięcie profilu według Ackerlunda). Łatwiej ulegają złośliwemu przeistoczeniu wrzody na poziomej części małej krzywizny niż na pionowej. Najrzadziej przy wpuście pośrednie miejsce zajmują wrzody przedniej i tylnej powierzchni dużej krzywizny. Sprawę zrakowacenia okrągłego wrzodu żoł., którego częstość obliczamy dziś na 20% możemy pod względem roentgenologicznym roztrzygnąć tylko drogą powtarzanych badań po odpowiednim leczeniu przeciwwrzodowym. Drugi międzynarodowy zjazd gastrologiczny w Paryżu 1937 r. zajmował się obszernie tym zagadnieniem podczas obrad nad wczesnym rozpoznaniem raka i przyjął następujące tezy: ustąpienie objawów klinicznych i narastanie objawów radiologicznych. U s t a l o n y r a k. Postępowanie lecznicze: resekcja żołądka.

Mimo leczenia brak poprawy klinicznej i zwiększanie się objawów radiologicznych. R a k z p u n k t u p r a k t y c z n e-

go pewny. Resekcja żołądka. Brak poprawy klinicznej i roentgenologicznej. Bardzo podejrzane zmiany. Wycięcie żoł. Poprawa kliniczna bez poprawy w radiologicznym obrazie. Podejrzane zmiany. Leczenie zachowawcze nadal i obserwacja z dalszą kontrolą. Zniknięcie objawów klinicznych i zmniejszenie się objawów radiologicznych. Prawdopodobnie schorzenie o charakterze łagodnym. Postępowanie wyczekujące. Zniknięcie objawów klinicznych i roentgenologicznych po przeprowadzeniu terapii białkowej dożylnej obserwacja od czasu do czasu. Zupełna poprawa i powrót do normy po lekkiej kuracji: łagodny charakter schorzenia nie ulega wątpliwości.

Uzupełnieniem zadania rentgen. stanowi gastroskopia. W przypadkach, których drogą rentgena ustaliliśmy rozpoznanie raka, wziernikowanie może często zastąpić próbne cięcie w celu ustalenia możliwości wykonania zabiegu doszczętnego. Jeżeli na podstawie zdjęć rent. jest podejrzenie na nowotworowy naciek, powinniśmy ten odcinek ściany żoł. skontrolować bezpośrednio wziernikiem (Gastroskopia „z celem" według Henninga). Najtrudniejsze a zarazem najwdzięczniejsze zadanie ma do spełnienia gastroskopia w przyp. ujemnego wyniku badania roentg.: rozstrzygnąć sprawy ostatecznie w sensie pozytywnym lub negatywnym. Wziernikowanie wnętrza żoł. jest jeszcze zbyt młodą metodą, pomimo że jej początki sięgają czasów Mikulicza, by można się wypowiedzieć ostatecznie o jej wartości rozpoznawczej. Pod względem gastroskopijnym istnieje jak by kilka typów żoł., biorąc pod uwagę wzajemny stosunek rozmiarów i kształtów części przyoddźwiernikowej i trzonu. Zależnie od tego, z jakim typem mamy do czynienia nie zawsze udaje się nastawić w obrazie gastroskopijnym oddźwiernik i małą krzywiznę w części przyoddźwiernikowej. Są to tzw. miejsca ślepe. Przy postępach techniki i większym doświadczeniu horyzont widzenia się zwiększa. Szereg badaczy jak Eisner, Schindler, Moutier, Henning i inni rozbudowali technikę badania i przyczynili się do powstania specjalnej diagnostyki gastroskopijnej. Duże znaczenie dla spopularyzowania tej metody miał fakt zjawienia się giętkiego gastroskopa zupełnie bezpiecznego w użyciu. Wczesne guzy i nacieki w wpuście są według Henninga trudne do rozpoznania, należy raczej tu

stosować optyczny oesofagoskop jego pomysłu. W trzonie spotykamy zazwyczaj nowotwory, o postaci naciekowej, które ukrywając się w fałdach śluzówki uchodzą z pod naszej obserwacji. Ich rozpoznanie wymaga dużego doświadczenia. Badanie części przyoddźwiernikowej natrafia znowu na inne trudności, zmiany tutaj zachodzące widzimy z profilu, a nie en face jak w trzonie. Diagnostyka zmian nowotworowych części przyoddźwiernikowej obfituje w boagtszą kazuistykę, wczesne przypadki raka trzonu trafiają się rzadziej, ze względu na skąpe objawy kliniczne. W samym oddźwierniku bardzo wczesne zmiany charakteryzują się w oddźwierniku jako zniekształcenie zwieracza lub naciek, który powoduje zaburzenia w perystaltyce. Dzięki temu są predzej uchwytne dla oka. Uwiecznienie poszczególnych obrazów wziernikowych na fotograficznej kliszy daje nam dopiero możność utrwalenia naszych spostrzeżeń i zarazem kontrolowania dalszych zmian przy periodycznym powtarzaniu badania. Należy podkreślić znaczenie gastrofotografii dla celów dydaktycznych i naukowych. Henning jest przeciwny tzw. „ślepej fotografii“.

Początkiem ubiegłego roku udało się firmie Wolf pod jego wskazówkami wmontować do giętkiego gastroskopu odpowiednio czułą, kamerę, umożliwiającą ostre zdjęcia. Zmiany wywołane przez nieżyt przewlekły, przerostowo-zanikowy, tzw. przedrakowe nie jesteśmy jeszcze w stanie należycie rozpoznać, dla tego w profilaktyce raka żoł. metoda wziernikowa nie może zająć odpowiedniego miejsca; w obecnym stanie wiedzy jest gastroskopia w połączeniu z gastrofotografią tylko cennym uzupełnieniem roentgenodiagnostyki. Należy rozpowszechniać jej stosowanie. Z czasem, gdy ilość naszych spostrzeżeń liczyć będziemy na tysiące i diagnostyka osiągnie należyty stopień rozwoju, może potrafimy łatwiej i pewniej rozpoznać wczesnego raka niż pod ekranem roentgenologicznym.

Należy się teraz zastanowić jakie stanowisko ma zająć chirurg, który dochodzi do głosu w pierwszym rzędzie, gdyż każdy przypadek rozpoznany, a jak rząda Donati, podejrzany roentgenologicznie winien się znaleźć na stole operacyjnym. Zadanie jego jest trudne, winien skontrolować in vivo wyniki całokształtu badania i powziąć decyzję, co do zabiegu i jego rodzaju. Jakimi kryteriami winien się kierować w początkach schorzenia? Z wielu

prac w ostatnich latach ogłoszonych wybija się na pierwszy plan referat Charrier'a i Cattelier'a na tamtegorocznym zjeździe gastroenterologicznym, oparty na porównawczych badaniach 304 przypadków resekcji żoł. z powodu wrzodu i 122 przyp. wycięcia raka żoł., wykonanych w klinice Duval'a i Gosset'a. Obrzęk i zaczerwienienie otrzewnej żoł., wiązadeł i sieci spotykamy raczej we wrzodzie niż w raku, to samo tyczy się zrostów i zlepów ze ściany brzusznej, wątroby i jelit. Rozmiar i wielkość owrzodzenia i nacieku w ścianie żoł. jest bez znaczenia. Wrzody o mniejszej średnicy niż 3 cm ulegają też zrakowaceniu. Spoistość nacieku nie odgrywa roli, jest ta sama we wrzodzie modzelowatym i złośliwym oraz w raku owrzodziałym. Zajęcie gruczołów chłonnych występuje w równej mierze w sprawach zapalnych, jak i nowotworowych. We wczesnych okresach raka i wrzodu złośliwego mamy często do czynienia ze stanem zapalnym w sąsiednich gruczołach chłonnych. Stąd próbne badanie histologiczne jednego z usuniętych gruczołów, wykonane ex tempore podczas operacji jest bezcelowe. W początkach raka nie można jak wspomniałem odróżnić makroskopowo nowotworu od łagodnego wrzodu. Wynika z tego, że próbne cięcie żoł. (gastrotomia) przeważnie chybia celowi. Badania próbne kawałka guza pobranego podczas gastrotomii może nas nawet w błąd wprowadzić. Wynik ujemny badania jednego skrawka guza nie przesądza sprawy w innych odcinkach guza. Według opinii wielu chirurgów rozpoznania anatomiczne podczas operacji przyp. wczesnego jest mniej pewne niż rozpoznanie kliniczno-rentgenolog. Podczas dyskusji w Tow. chirurgicznym paryskim w 1928, twierdził Lecene, że należy pozostawić na uboczu teoretyczne dociekania i traktować mozelowate wrzody tak samo jak raki. Motywował to tym, że w $^{1}/_{4}$ przyp. następuje złośliwe przeistoczenie łagodnego wrzodu. Z powodu tego że brak nam, jednym słowem, ścisłych danych anatomicznych, któreby ułatwiały rozpoznanie złośliwej sprawy in vivo, na stole operacyjnym, a z drugiej strony jedynym racjonalnym leczeniem uporczywego wrzodu modzelowatego jest rozległe wycięcie żoł., nasza linia postępowania winna być jasna i zdecydowana w kierunku doszczętnego postępowania. Techniczną granicę stanowią wysoko położone owrzodzenia wpustu, które na szczęście wykazują najmniejszy odsetek zrakowacenia. Zagadnienie samej resekcji, jej rodzaje i rozmiary pozostaje nadal nie rozstrzygnięte i otwarte.

Czy w przypadkach wczesnych i wątpliwych wykonywać tzw. oszczędną resekcję, czy w każdym przyp. postępować tak, jak w zdecydowanym raku, tzn. wykonywać rozległe wycięcie z usuwaniem sieci i gruczołów wzdłuż obu krzywizn. Finsterer radzi we wczesnym okresie schorzenia uciekać się jednak do gastrotomii, jako sposobu, według jego opinii nie raz pewniejszego od gastroskopii i roentgena. Rzekomo możemy obmacywaniem obnażonym palcem bez rękawiczki rozpoznać pewne cechy złośliwości wrzodu: zmniejszoną ruchomość śluzówki brzegów owrzodzenia i twardsza spoistość tych ostatnich. W stanach nieżytowych udaje się tą drogą nie raz uchwycić mały, pojedyńczy, podśluzówkowy guzek lub ograniczone stwardnienie w zgrubiałej i nacieczonej ścianie. Mnogość takich guzków przemawia raczej za mięśniakami podśluzówkowymi. W przypadkach wrzodów żoł. klinicznie podejrzanych o przeistoczenie nowotworowe, a zweryfikowanych palcem podczas operacji należy wykonać jaknajdoszczętniejszy zabieg. Wyniki bowiem odległe złośliwego wrzodu są gorsze niż w pierwotnym raku. W statystyce Finsterera opartej na 635 przyp. wycięcie żoł. z powodu raka, odsetek wyleczeń po 5 latach wynosi w pierwotnym raku 30,1%, w rakowym wrzodzie tylko 19,1%, a w przyp. wczesnych złośliwego wrzodu 42,1%. A więc tylko połowa wczesnych wrzodów, uległych zrakowaceniu udało się wyratować.

Reasumując to, co zostało powiedziane o wczesnych objawach i możliwościach wczesnego rozpoznania raka żoł. nasuwają się następujące postulaty:

1) Dążyć wszystkimi dostępnymi środkami do możliwie wczesnego rozpoznania, nie pomijać żadnych sposobów badania.

2) Wszelkie dolegliwości żoł., powtarzające się, choćby atypowe i błahe po 40 roku życia winne wzbudzać podejrzenia raka i skłaniać nas do dokładnego wszechstronnego i periodycznego badania.

3) Największe znaczenie w obecnym stanie wiedzy posiada rentgenodiagnostyka. W przyp. ujemnych i wątpliwych tylko periodyczne badania kontrolne oparte na porównaniu z objawami klininicznymi, mają prawdziwą wartość rozpoznawczą.

4) Z innych sposobów badania wysuwa się coraz więcej na pierwszy plan gastroskopia, drogą której można już dziś wykry-

wać pewne wczesne objawy patognomiczne, jest wartościowym uzupełnieniem badania roentgenologicznego.

5) Przypadki, nawet tylko podejrzane o sprawę złośliwą winne być kierowane do leczenia chirurgicznego.

6) Próbne cięcie brzuszne w sensie rozpoznawczym nie odgrywa tej roli, którą mu dawniej przypisywano z braku wyraźnych makroskopowych zmian, swoistych dla raka, we wczesnym okresie.

7) Podczas operacji należy się więcej kierować wynikami badania kliniczno-radiologicznego, niż zmianami anatomicznymi.

8) Gastrotomia zawodzi często, należy się do niej uciekać w ostateczności, nie jest zabiegiem obojętnym ze względu na możliwość zakażenia jamy brzusznej.

9) W przyp. wczesnych nacieków i wrzodów podejrzanych pod względem kliniczno-roentgenologicznym o zrakowacenie zająć stanowisko bardzo radykalne.

10) Z powodu tego, że wrzody żoł. ulegają zrakowaceniu w znacznie większym odsetku, niż wrzody dwunastnicy, a odległe wyniki po operacjach wczesnych wrzodów złośliwych są niezadawalniające wysuwa się konieczność wcześniejszego operowania wrzodów żoł. niż dwunastnicy.

11) Przewlekły nieżyt żoł., przerostowo-zanikowy uważać jako stan przedrakowy, poddawać dokładnej obserwacji i badaniu kliniczno-roentgenologicznemu. Na specjalną uwagę zasługują przyp. z brakiem kwasu solnego i obrazem niedokrwistości złośliwej.

Postępując tylko według powyższych postulatów, możemy mówić o wczesnym leczeniu raka żoł. Dowodem na to że jesteśmy na dobrej drodze są cyfry zaczerpnięte z nowszych statystyk. Wymownym tego przykładem są między innymi liczby ogłoszone z kliniki Mayo: Odsetek operacyjności raka żoł. wyniósł w r. 1930 — 20%, w 1934 — 49%, w 1935 62,5%.

Protokuły posiedzeń Polskiego Tow. Gastrologicznego.

Posiedzenie naukowe
dnia 19.X.1938 r.

Obecnych 43.
Przewodniczy Wejnert.

D. Kohan przedstawia przypadek włókniako-mięśniaka żołądka.

Niezwykła rzadkość nowotworów łagodnych żołądka, a zwłaszcza mięśniaków — ogłoszono 68 przypadków (Bourrez) — uprawnia do zademonstrowania operowanego przeze mnie przypadku, dotyczącego kobiety l. 62, której dolegliwości — niesmak w ustach, bóle po jedzeniu, chudnięcie — wzbudzały podejrzenie nowotworu złośliwego żołądka. Kolega Penson, który chorej na skutek tych objawów przeprowadził dokładne kliniczne badanie, na zasadzie obrazu rentgenologicznego (ubytek ciemiowy na krzywiźnie dużej) oraz obecności krwi utajonej w kale rozpoznał raka trzonu żołądka i skierował chorą do zabiegu. Po otwarciu jamy brzusznej w miejscowym znieczuleniu wyłoniono żołądek i stwierdzono przeświecający poprzez więzadło żołądkowo-poprzecznicze guz wielkości małego jabłka o nierównej powierzchni. Ponieważ najbliższe otoczenie tylnej ściany żołądka, na której szeroką podstawą usadowiony był guz, nie przedstawiało żadnych zmian, w gruczołach nigdzie żadnych przerzutów, zaś śluzówka na guzie ze strony żołądka była zupełnie gładka — przeto powziąłem przypuszczenie, że chodzi o guz niezłośliwy, mięśniak, co zostało natychmiast potwierdzone doraźnie przeprowadzonym

przez kol. Płońskiera — badaniem histologicznym. Ograniczyłem się wobec tego do wycięcia jedynie tej części ściany tylnej żołądka wraz z guzem. Przebieg zupełnie gładki. Wnioski: 1) guz łagodny żołądka daje obraz kliniczny mało różniący się od nowotworu złośliwego, 2) przy operacjach nowotworów jamy brzusznej powinno być zorganizowane doraźne badanie histologiczne.

W dyskusji Knappe zapytuje, jakie wskazanie miał prelegent do zabiegu operacyjnego w swoim przypadku; przytacza przypadek swój, w którym po rozpoznaniu raka żołądka drogą kliniczną w samym początku jego powstania — trzech chirurgów w różnych instytucjach odmówiło operacji, uważając, że operacja raka żołądka do niczego nie doprowadzi i jest niepotrzebna, dopóki drożność żołądka jest wystarczająca i dolegliwości nie wybitne. K. podkreśla ciągle powtarzającą się rozbieżność pomiędzy poglądami chirurgów i internistów. Zdaniem Knappego, w jego przypadku nowotwór żołądka nadawał się do ekstyrpacji (ew. reseksji żołądka), czego chirurdzy wykonać nie chcieli i tym skazali chorego na stopniową zagładę. Prelegent natomiast w demonstrowanym przypadku przystąpił bezzwłocznie do operacji. Mówca prosi o podanie poglądu na celowość operacji raków żołądka.

Lubelski stwierdza, że rak żołądka, o ile nie ma przeciwwskazań ze strony innych narządów, które grożą zejściem śmiertelnym po zabiegu, zawsze powinien być poddany zabiegowi i to jak najwcześniej. Statystyki chirurgów całego świata wykazują, iż raki żołądka dają po operacji bardzo dobre wyniki, i to tym lepsze, im wcześniej zabieg wykonano. Nawet w przypadkach dużego wyniszczenia — chorego można operować dwuczasowo. Za pierwszym razem wykonujemy zespolenie jelitowo-żołądkowe, a gdy stan chorego się poprawi, co może nastąpić już po 2—3 miesiącach — wycięcie nowotworu.

Wejnert zaznacza, iż zdarza się, że wyraźny nowotwór żołądka nie daje żadnych przykrych dla pacjenta objawów, i w tych przypadkach internista może się czasem wahać co do interwencji; niezrozumiałą jest jednak rzeczą, aby chirurg w omawianym przypadku odmówił operacji. Powszechnie wiadomo, iż wcześnie operowane raki żołądka dają około 50% wyzdrowień. W. protestuje przeciw używaniu określenia — nowotwór „dobrotliwy“, — należy określać „niezłośliwy“, ewent. „łagodny“.

F r a n k, nawiązując do dryskusji, czy należy operować każdego chorego z nowotworem żołądka, wspomina o swoim chorym, który został skierowany na oddział chirurgiczny z powodu dolegliwości żołądkowych, bardzo wybitnego charłactwa, utajonego krwawienia, wymiotów i u którego badanie rentgenowskie stwierdziło guz żołądka. Chorego zaczęto szykować do zabiegu. Po wstrzykiwaniach wytworzył się na kończynie dolnej ropień, który trzeba było otworzyć. Wobec tego, iż leczenie miało trwać dłuższy okres czasu, chory wypisał się ze szpitala. W międzyczasie nastąpiła wybitna poprawa ogólna; choremu przybyło na wadze 13 kgr. Pacjent ma się obecnie zupełnie dobrze i o zabiegu nie chce słyszeć.

D. K o h a n demonstruje przypadek raka jelita cienkiego.

Według statystyki N o t h n a g l a, opartej na dużym materiale nowotworów kiszek, rak jelita cienkiego stanowi około 2,5%, przy czym włączono w tę liczbę raki 12-cy w obrębie brodawki V a t e r a. S t ä m m l e r w piśmiennictwie zebrał 72 przypadki ogłoszone, dotyczące raka jelita cienkiego, najczęściej usadowione w obrębie dolnego odcinka jelita biodrowego. Kliniczny obraz odpowiada przeważnie obrazowi mechanicznej niedrożności.

W naszym przypadku dotyczącym dobrze odżywionego mężczyzny l. 41, ciekawe jest to, że na pierwszy plan wysuwał się obraz kliniczny schorzenia żołądka: kwaśne odbijania, bóle po jedzeniu, od czasu do czasu wymioty. Wprawo i nieco wyżej pępka wyczuwał się nieco ruchomy guz wielkości małej mandarynki, prawie niebolesny. Liczby kwasoty soku żołądkowego w górnej granicy normy. Rentgen (prześwietlenie) wykazywał nieznaczne wklęśnięcie na krzywiźnie dużej, zależne od ucisku z zewnątrz. Wobec tego rozpoznaliśmy torbiel krezki poprzecznicy. Jednakże wykonane przed samą operacją badanie kału na krew utajoną dało wynik wybitnie dodatni, wobec czego drugie przypuszczenie było: oklejone pęknięcie wrzodu z wytworzeniem się nacieku zapalnego.

Operacja w znieczuleniu miejscowym — sennarcol — stwierdzono duży guz w krezce jelita cienkiego, sięgający blisko radix mesenterii, wskutek czego z trudnością dał się wyłonić; ponadto do guza przylepiona była dość mocno kątnica i wstępnica. Wykonano wycięcia rozległego jelita wraz z guzem.

W dyskusji zabierali głos K n a p p e i L u b e l s k i.

M. F e j g i n przedstawia przypadek zespołu stenokardialnego w przebiegu schorzenia woreczka żółciowego.

Przypadek dotyczy 55-letniej dozorczyni, która zgłosiła się na oddział chorób wewnętrznych z powodu bólów w okolicy serca, promieniujących do lewej kończyny górnej, nasilających się w postaci napadów, ściskania w dołku podsercowym oraz bolesności skóry w okolicy lewego sutka.

Pierwszy napad wystąpił w maju b. r. w postaci silnych bólów, promieniujących do lewej łopatki i lewej kończyny górnej, drgawek obu kończyn górnych, osłabienia. Chora podczas ataku nie straciła przytomności, nie miała kołatania serca ani też duszności; atakowi towarzyszyło uczucie lęku przed rzekomo zbliżającą się śmiercią.

Napady wyżej opisane występowały zarówno w dzień, jak w nocy, bez wyraźnej przyczyny, powtarzały się prawie co tydzień i ustępowały po wstrzykiwaniach.

Przed miesiącem dostała nagle silnych bólów w okolicy prawego podżebrza, promieniujących do prawej łopatki, oraz ściskania w dołku podsercowym, któremu towarzyszyły nudności. Uczucie pełności w dołku podsercowym z mdłościami miewa bardzo często zwłaszcza po spożyciu śmietany.

Od 2-ch lat leczy się z powodu bólu przy najlżejszym dotyku skóry w okolicy lewego sutka, ale cały ten czas wykonywała ciężką pracę fizyczną aż do obecnej choroby. Z chorób przebytych — usunięcie polipa z macicy w maju b. r. i zapalenia żył obu kończyn dolnych.

Menopauza wystąpiła po operacji ginekologicznej. Anamneza rodzinna bez znaczenia. Przy badaniu ujawniono następujące odchylenia od stanu prawidłowego: rozedmę płuc, ciche tony serca i niemiarowość, bolesność uciskową całego podżebrza, przeczulicę skóry w okolicy serca, obrzęk i bolesność lewej kończyny dolnej, nierówność źrenic (lewa szersza).

Badania dodatkowe: opadanie krwinek 105 min., ciśnienie krwi 145/100, odcz. Wassermanna i citocholowy — ujemne, nieznaczna niedokrwistość (wsk. 094), mocz bez zmian.

Podczas pobytu na oddziale chora miewała w nocy lub nad ranem, czasami za dnią napady drgawek w obu dłoniach z osłabie-

niem i uderzeniami krwi do głowy, które zwykle ustępowały po wstrzyknięciu kamfory.

Raz tylko jeden wystąpił nagle silny ból za mostkiem, promieniujący do prawej piersi i prawej łopatki z drobnym miękkim tętnem, bladością twarzy, sinicą warg, spadkiem ciśnienia krwi. Przedmiotowo stwierdzono wówczas wielką bolesność dotykową w prawym podżebrzu.

Wkrótce potem wykonane badanie elektrokardiograficzne wykazało uszkodzenie sierdzia prawdopodobnie w okolicy lewej tętnicy wieńcowej. Badanie żołądka nie mogło być uskutecznione należycie, gdyż chora nie mogła utrzymać zgłębnika dwunastniczego. Sondą zwykłą otrzymano nieco treści po próbnym śniadaniu EB, w której nie wykryto wolnego kwasu solnego, ani też kwasu mlekowego.

W surowicy krwi stwierdzono 0,9 jedn. H. v. d. B. bilirubiny przy próbie bezpośredniej ujemnej.

Streszczając, mieliśmy u 55-letniej kobiety napady bólowe, przypominające ciężką stenokardię z jednoczesnym uszkodzeniem elektrokardiograficznym mięśnia sercowego oraz dwukrotnie ciężki napad, typowy dla sprawy kamicowej.

Ostatniemu napadowi towarzyszyły wyraźne objawy krążeniowe w postaci zapadu i sensacyj stenokardialnych. Wyłania się zagadnienie, czy mamy tu do czynienia z dwoma zespołami niezależnymi od siebie (kamica żółciowa i dławica piersiowa), czy też objawy podprzeponowe stanowią tylko nietypowy wyraz tej ostatniej, czy wreszcie — odwrotnie — objawy stenokardialne są pochodzenia odruchowego na tle kolki żółciowej.

Podobne kwestie często nasuwają się klinicyście w analogicznych przypadkach; od ich rozstrzygnięcia zależy także postępowanie.

Niewątpliwą jest rzeczą, że w wielu przypadkach schorzeń jamy brzusznej stwierdza się współtowarzyszące zespoły stenokardialnie, co może nawet spowodować mylne rozpoznanie.

Jeśli jednak sprawa podprzeponowa zostaje zlikwidowana, np. na drodze operacyjnej, to uspokajają się także alarmujące uprzednio objawy ze strony narządu krążenia. W każdym więc podobnym przypadku należy dokładnie rozważyć i zanalizować

wszystkie objawy kliniczne i nie dać się np. odstraszyć od koniecznej operacji, która może usunąć jednocześnie oba zespoły.

Należy pamiętać jednak, że zdarzają się przypadki przeciwne, kiedy schorzenie naczyń wieńcowych wystąpić może pod maską jakiejś sprawy podprzeponowej (angina abdominalis) i kiedy wszystkie usiłowania lecznicze muszą być zwrócone w kierunku układu krążenia.

W dyskusji J. Nusbaum zapytuje, ponieważ prelegent o tym nie wspomniał, czy była ciepłota podwyższona, czy stwierdzono leukocytozę i jakie było opadanie krwinek; być może wyniki tych badań pozwoliłyby odróżnić napad zawału mięśnia sercowego od kolki żółciowej.

N. nie zgadza się z twierdzeniem prelegenta, iż często mamy w tych razach do czynienia ze zmianami organicznymi naczyń wieńcowych; jak wiadomo bowiem, zespół stenokardialny, często nawet śmiertelny, nie musi być następstwem schorzenia organicznego, a tylko kurczu; być może w omawianym przypadku mamy do czynienia z odruchowym kurczem naczyń wieńcowych w przebiegu napadu kamicy żółciowej.

Knappe przytacza przypadek kamicy żółciowej, dotyczący 58-letniej kobiety, której nie można było poddać operacji ze względu na wiek i na częste ataki ostrej niedomogi serca, które zaczynały się zwykle w nocy, wymagały energicznych środków nasercowych i czuwania nad chorą zwykle przez szereg dni. Napady kolki, zarówno i niedomoga serca (rozszerzenie serca, bóle sercowe, duszność, sinica, arythmia perpeta, extrasystole, krwioplucie, głuche tony) występowały coraz częściej i trwały coraz dłużej, aż wreszcie chora musiała być skierowana po 12 latach ciężkich przejść w wieku 70 lat na oddział chirurgiczny przy objawach ropnego zapalenia pęcherzyka żółciowego i grożącego przedziurawienia. Z wielką obawą przystąpiono do operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego. Chora zniosła operację dobrze i po kilku tygodniach opuściła szpital, bez kamieni i woreczka żółciowego i ze znaczną poprawą stanu serca. Od tego czasu ataki sercowe są b. łagodne, występują rzadko i na krótko i przechodzą po kilku kroplach nitrogliceryny.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że operację, której obawiano się wykonać w 58 roku życia chorej, wyko-

nano z powodzeniem w 70 roku życia, pomimo słabego mięśnia sercowego. Po usunięciu kamieni stan serca znacznie się poprawił.

(autoreferat).

H. Higier omawia stosunki napadów anginoidalnych symptomatyczno-odruchowych serca do kamicy żółciowej i odwrotnie stosunek pseudokamicy wątroby do angina pectoris vera. Rozpoznanie różniczkowe bywa wcale niełatwe. Utrudnia tę sprawę okoliczność, że dusznica bolesna nieraz przebiega bez bólów promieniujących do kończyny górnej, a ból lokalizuje się w dołku, gdy z drugiej strony nieraz pierwszym objawem kamicy żółciowej jest uporczywy ból w prawym barku. Piśmiennictwo odnośne jest skąpe. Bardzo dobrą i wyczerpującą pod tym względem pracę napisał przed 6 laty głośny lekarz Dr Rożkowski, prezes Tow. Lek. w Częstochowie, który sam zginął od takiego, przez całe lata nierozpoznanego cierpienia.

A. Galewski wygłosił odczyt p. t. „Postępowanie dietetyczne po operacjach na żołądku".

Wiadomości różne.

Redakcja otrzymała: Revue Belge des Sciences Médicales, T. X, Nr 7. Centr. Med. Żurnał. Arch. biol. nauk.

VI Kurs Teorii i Praktyki z dziedziny Radiologii Lekarskiej urządzony przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne i Fizjcterapeutyczne pod protektoratem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego odbędzie się w terminie od dn. 30 stycznia do dn. 18 lutego 1939 r. przy odpowiedniej ilości zgłoszeń.

Zgłoszenia na Kurs kierować należy najpóźniej do dn. 1 stycznia 1939 r. pod adresem sekretarza Kursu D-ra B. Kryńskiego. Warszawa, Zielna 11, tel. 675-78.

Wszelkich informacji tyczących Kursu udziela również sekretarz Dr B. Kryński (adres j. w.).

W ramach Tygodnia Przeciwrakowego odbyła się w dn. 26 u. m. uroczysta Akademia w Tow. Naukowym Warsz. w obecności p. Ministra Oświaty i W. R., pani Marszałkowej Piłsudskiej, przedstawicieli Ministerstw, Kom. Rządu, Prezyd. Miasta, licznych przedstawicieli państw zaprzyjaźnionych, nauki i instytucji społecznych. Posiedzenie zagaił Prezes Komitetu Dr Wejnert, odczyty wygłosili prof. Czyżewicz i prof. Białobrzeski.
